Le Progrès Médical

1888

DEUXIÈME SEMESTRE



PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, 71, RUE DE RENNES

Le Progrès Médical

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

Rédacteur en chef : BOURNEVILLE.

Secrétaire de la Rédaction : Marcel BAUDOUIN

SEIZIÈME ANNÉE

TOME VIII (2e série). — **1888**

Illustré de 63 figures dans le texte

COLLABORATEURS PRINCIPAUX :

ABADIE (CH.), AIGRE (D.), BALLET (G.), BARATOUX (J.), BITOT (P.), BLANCHARD (R.), BONNAIRE (E.), BOTTEY (F.), BOUTEILLIER (G.), BOUDET DE PARIS, BRICON (P.), BRISSAUD (E.), BUDIN (P.), CAPITAN (L.), CHABBERT, CHARCOT (J.-M.), COMBY (J.), CORNILLON (J.), CRUET (L.), DAMALIX, DARIER, DEBOVE, DELASIAUVE, FERÉ (CH.), GILLES DE LA TOURETTE (G.), JOSIAS (A.), JOFFROY, JOUSSET DE BELLESME, KERAVAL, LANDOUZY (L.), LAVERAN (A.), LELOIR (H.), LOYE (P.), MAGNAN, MALHERBE (A.), MARCANO (G.), MARIE (P.), MAUNOURY, (G.), MAYGRIER, MONOD (CH.), MUSGRAVE CLAY (R. de), NAPIAS (H.), PELTIER (G.), PETIT-VENDOL (CH.-H.), PITRES, POIRIER (P.), PONCET (de Cluny), RANVIER, RAYMOND, REGNARD (P.), RENAUT (J.), REVERDIN (de Genève), RICHER (P.), SÉGLAS, SEVESTRE (A.), SIMON (J.), SOLLIER, STRAUS (I.), TALAMON (CH.), TARNIER, TEINTURIER (E.), TERRIER (F.), TERRILLON, TRÉLAT (U.), TROISIER, VIGOUROUX (R.), VILLARD (F.), VOGT (E.), YVON (P.).

CE VOLUME RENFERME, EN OUTRE, DES MÉMOIRES, DES LEÇONS OU DES REVUES

DE MM.

Azoulay, Boureau, Casper, Cathelineau, Dagonet, Debierre (Ch.), Delagénière (P.), Despagnet, Edwards (Bl.), Eperon, Galezowski, Garnier, Grange, Grasset, Guinon (G.), Isch-Wall, Journée, Lejars, Louis, Mabaret du Basty, Marie (A.), Mathieu, Martha, Martin (A. J.), Millard, Moulonguet, Ollivier (A.), Onimus, O' Connor (R.), Pamard, Pampoukis, Panas, Picard, Pichevin, Picquet, Pilliet, Plicque, Pozzi (A.), Pozzi (S.), Pujol, Radziszewski, Raoult, P. Raymond, Regnaud, Rémy, Richet (Ch.), Rousselet, Roubinovitch, Sarda, Semmola, Souza-Leite, Sorel, Srogolimos, Trélat (E.), Tripier (L.), Vaillard, Vallière, Verlet, Vignard, Villar, Wickham.

PARIS

AUX BUREAUX DU JOURNAL

14, RUE DES CARMES, 14.

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VIII. N° 27. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 7 JUILLET 1888.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

HÔTEL-DIEU SAINT-ELOI DE MONTPELLIER.

Observation de sclérose en plaques. — Effet remarquable de la solanine sur le tremblement;

Par les Drs GRASSET, professeur, et SARDA, chef de clinique.

Antécédents héréditaires. — François H..., 43 ans, berger, entre dans le service de la clinique, le 8 mars 1888.

L'hérédité directe ou collatérale est muette au point de vue des diathèses et des maladies du système nerveux. Le père du malade est mort à quarante-huit ans, d'une maladie qu'il nous est impossible de caractériser, qui dura un an environ et dont la cause serait une chute de cheval. La mère est morte, à quarante-neuf ans, d'une maladie aiguë des voies respiratoires. Le malade a deux sœurs et un frère bien portants.

Antécédents personnels. — H... a toujours joui d'une excellente santé jusqu'en 1871. D'une complexion forte, d'une constitution robuste, il ne parait pas avoir présenté de signes d'arthritisme ni de syphilis. Après les privations et les fatigues qu'il dut endurer pendant le siège de Paris, il ressentit une grande lassitude physique, sans maladie proprement dite, lassitude qui dura seulement quelques mois.

Histoire antérieure de la maladie. — En septembre 1886, H... éprouva de violentes *céphalées*, survenant par crises, dont la première ne dura pas moins de trois jours, et fut caractérisée par la continuité, l'intensité, la fixité de la douleur à la région frontale. Les autres crises survinrent tous les sept ou huit jours, pendant quelques mois, s'accompagnant parfois de *vertiges* et de *vomissements*. Il n'y eut jamais, à cette époque, de troubles visuels d'aucune sorte; mais le malade constata, pour la première fois, que son bras gauche était *moins fort* que d'habitude.

Tel fut le premier épisode de l'affection pour laquelle H... est venu réclamer nos soins.

Le second épisode, aussi net, aussi caractéristique, eut lieu vers la fin du mois de novembre de la même année. A la suite d'une vive sensation de froid, que n'expliquait pas la température ambiante, H... éprouve quelques frissons, en même temps qu'il est pris d'un tremblement assez violent. Il se trouvait, ce jour-là, pour affaires, à une foire des environs, il fut obligé de se faire reconduire chez lui en voiture. Il garda plusieurs jours le lit et s'aperçut que *son bras gauche continuait seul* de *trembler* et présentait, de temps en temps, d'assez *violentes secousses*, *alternant* avec des *mouvements involontaires irréguliers*. Lorsque, après huit jours de repos absolu, le malade voulut se lever, il constata qu'au tremblement du bras gauche qui avait persisté) s'était ajoutée de la *faiblesse musculaire* dans le *membre inférieur* du même côté, en sorte que la marche et la station debout en étaient devenues pénibles. Au bout de deux semaines, ces symptomes avaient disparu, sauf cependant le tremblement, qui, nul au repos, réapparaissait pendant les mouvements violents imprimés au bras gauche.

En décembre 1886, nouvel incident de cette maladie qui, après avoir débuté par des phénomènes cérébraux, avait présenté, un mois auparavant, le tremblement caractéristique de la sclérose en plaques. Le malade éprouve un nouveau « *coup de froid* » suivi du retour de la *céphalée*, des *vertiges et des nausées*. Le *tremblement* du bras gauche s'accentue sans s'étendre aux autres membres. H... continue cependant son travail, et ne se décide à se faire admettre à l'hôpital qu'en mars 1887. Après avoir séjourné deux mois à l'Hôtel-Dieu de Dijon, H... voyant que les symptômes qu'il présente n'ont aucune tendance à s'améliorer, se rend à Lyon, dans le service de la clinique médicale, où il est soumis à nous ne savons quel traitement interne combiné avec l'application fréquente de pointes de feu le long de la colonne vertébrale.

En août 1887, notre malade se trouve bien amélioré : le *tremblement persiste*, quoique moins intense; la céphalée, les vomissements ont disparu; mais il reste un sentiment de lassitude générale.

Sorti de l'hôpital à ce moment, H... contracte, le mois suivant, après s'être exposé à une averse, une bronchite (?) aiguë, qui l'oblige à garder le lit pendant une semaine. En octobre, le *tremblement*, qui s'était notablement atténué, reparait, pour ne plus disparaître, en même temps que notre malade éprouve un *embarras de la parole*, disparu bientôt après : il aurait eu, dit-il, à cet époque, *de la paralysie faciale gauche*, également *transitoire*, dont il ne reste aujourd'hui aucun vestige. Cependant, le malade ne peut pas siffler. A la suite de cette nouvelle poussée, H... se rend d'abord dans sa famille, puis à l'hôpital de Gap, et enfin à l'hôpital Saint-Eloi.

Etat actuel. — La nutrition se fait bien, et nous ne constatons ni amaigrissement, ni affaiblissement intellectuel, ni modification particulière de la physionomie. Le malade avoue cependant que sa *mémoire* a baissé notablement depuis quelques mois.

Motilité. — Ce qui attire d'abord l'attention, c'est *un tremblement très manifeste du membre supérieur gauche pendant les mouvements volontaires*. Au repos absolu, si le membre est appuyé dans toute sa longueur sur le plan du lit, on n'observe que de légères secousses, ou plutôt des frémissements rythmiques dans les muscles, frémissements bien mieux perceptibles par la palpation du membre. Mais dès que le malade veut faire un mouvement quelconque, le bras tout entier est agité de secousses rythmiques, augmentant d'amplitude en raison directe de la durée du mouvement volontaire. C'est un tremblement régulier quant au nombre des secousses, paraissant être une résultante d'oscillations horizontales et d'oscillations verticales. Si l'on dit au malade de porter sa main gauche sur son épaule droite, la direction du mouvement est parfaitement conservée, mais le tremblement s'accroît en amplitude jusqu'au moment où le but est atteint; et si le même mouvement est répété plusieurs fois de suite, les oscillations deviennent très larges, et mesurent environ vingt à vingt-cinq centimètres d'amplitude. Il est facile de comprendre, d'après cela, que H... soit dans l'impossibilité absolue de se servir de son bras gauche pour manger ou pour boire ; il se blesserait certainement, s'il l'essayait.

Ce tremblement disparait complètement pendant le sommeil.

Le membre inférieur gauche est *légèrement parésié* ; le *réflexe patellaire* est exagéré assez fortement à gauche, un peu à droite ; pas de trépidation épileptoïde.

Sensibilité. — La sensibilité thermique est intacte ; la sensibilité à la douleur est notablement diminuée dans tout le côté gauche du corps, face comprise.

L'*ouïe* est diminuée à gauche, depuis quelques mois; aujourd'hui, elle est à peu près abolie de ce côté : le malade n'entend pas le tic-tac d'une montre appliquée contre son oreille gauche, qui ne présente pas, d'ailleurs, de lésion appréciable.

Rien du côté de la vue : ni diplopie, ni strabisme, ni amblyopie, ni modification des réflexes lumineux et accommodateurs ; le malade distingue parfaitement les couleurs.

Tel est le tableau clinique dans ses traits principaux. Il nous reste à dire un mot d'un symptôme important que H... présentait le lendemain de son entrée dans nos salles. C'est une *dyspnée* très accusée : les respirations sont fréquentes et superficielles, sans qu'aucun signe stéthoscopique donne la raison de cette gêne respiratoire Le malade nous dit que ce symptôme se reproduit assez souvent, moins intense qu'aujourd'hui. Il éprouve, ajoute-t-il, une sensation de constriction pénible à l'épigastre et dans l'hypocondre gauche. L'abdomen est un peu ballonné ; l'estomac n'est point dilaté.

Nous étions en présence d'un cas remarquable de sclérose en plaques, dont l'étiologie était aussi obscure que le diagnostic précis.

Evolution. — En l'absence de toute indication diathésique nette nous ne pouvions songer qu'à la dérivation et à une médication symptomatique. L'un de nous poursuivait, en ce moment, une expérimentation thérapeutique avec la solanine, dont il avait pu constater les bons effets contre certains phénomènes d'excitation motrice (trépidation épileptoïde en particulier). De là l'idée d'essayer la solanine contre le tremblement du cas actuel. Les résultats que nous avons obtenus sont trop remarquables pour que nous ne nous y arrêtions pas un instant. Ils ont été, d'ailleurs, publiés en partie par l'un de nous (1).

Bien que la solanine soit loin d'être un médicament nouveau, son application aux maladies du système nerveux est de date toute récente, et cet alcaloïde n'a pas encore acquis droit de cité en thérapeutique.

C'est seulement en 18[illegible] que ce médicament est essayé, pour la première fois, contre l'élément douleur, et son action analgésique est vantée par Geneuil dans une note du *Bulletin général de thérapeutique*, action contestée peu de temps après par Gaignard (2), qui conseille d'éviter l'emploi d'un moyen absolument inefficace, selon lui, contre les phénomènes douloureux.

Cependant, à la même époque (mai 1887), un médecin italien, Capparoni, publiait, dans la *Rivista clinica*, un très intéressant travail, dont L. Greffier donnait l'analyse dans l'*Union médicale* du 30 août 1887. Pour Capparoni, la solanine est un bon analgésique ; de plus, elle s'adresse à toutes les maladies du système nerveux où se montre de l'excitation motrice réflexe.

Sous l'inspiration de l'un de nous, le docteur L. Firope a consacré à l'étude de ce médicament sa thèse de doctorat, soutenue le 8 novembre 1887. Voici les conclusions de ce travail : « 1° La solanine a une action [illegible] elle [illegible] et la moelle, ce qui donne lieu à de l'anesthésie pour les nerfs sensitifs, à de la paralysie pour les nerfs moteurs. 2° Cette action la rend utile comme analgésique et modérateur réflexe. 3° Le cerveau est peu impressionnable par la solanine. 4° On peut administrer ce médicament à doses assez fortes : 0,30 et même 0,40 centigr. par jour, plusieurs fois de suite, sans aucun inconvénient pour le malade. 5° Dans toutes les maladies où prédominent l'excitation, le spasme ou la douleur, la solanine pourra rendre de notables services. »

La dernière de ces conclusions est un peu trop absolue, et la défaveur subie par la solanine auprès du docteur Gaignard tient, sans doute, à ce qu'on n'avait visé, jusque-là, que les propriétés analgésiques de cet alcaloïde. Assurément c'est un bon analgésique, ainsi que l'un de nous l'a démontré, mais un analgésique qui ne réussit pas contre les douleurs de toute nature et qui a, par suite, ses indications précises. En tout cas, et c'est le point que nous voulons faire ressortir aujourd'hui, la solanine est un médicament qui exerce une action bienfaisante et sans équivalent en matière médicale sur les symptômes d'excitation motrice. C'est, comme l'a dit un de nous, « le médicament du faisceau pyramidal », un modérateur réflexe d'une vertu indiscutable.

Mais revenons à notre malade. Le 12 mars, nous prescrivions 3 cachets de chacun cinq centigrammes de solanine, et, dès le lendemain, nous constations que la *dyspnée* était considérablement amendée, le tremblement notablement diminué. Le médicament est continué à la dose de 4 cachets le 13, 5 cachets les 14, 15, et 16 mars.

Le 16, la dyspnée avait complètement disparu, ainsi que la sensation constrictive à l'épigastre. Quant au tremblement, il était modifié à tel point que le malade portait à sa bouche, sans renverser une goutte de liquide, un verre absolument plein. Le lendemain, toute trace de tremblement avait disparu. On continua le médicament, à doses progressivement décroissantes (5 cachets le 17 et le 18, 3 le 19, 2 le 20 et le 21), et on le supprime le 21.

Le 26, se montre, pour la première fois, un tremblement fort léger dans les doigts de la main gauche. Il va s'accentuant jusqu'au 10 avril, sans atteindre cependant l'intensité qu'il présentait lors de l'entrée du malade à l'hopital.

Le 11 avril, nous prenons, avec l'appareil enregistreur, le tracé suivant du tremblement (*Fig.* 1).

Le 1[illegible], au moment de la visite, nous constatons une amélioration sensible dont l'explication nous est bientôt fournie : le malade, à qui l'on avait distribué trois cachets la veille, avait ensuite reçu l'ordre de ne pas les prendre ce jour-là; mais, une fois le tracé pris, il n'avait pu résister à la tentation et en avait ingéré deux. On prescrit deux nouveaux cachets pour ce jour-là, trois le lendemain.

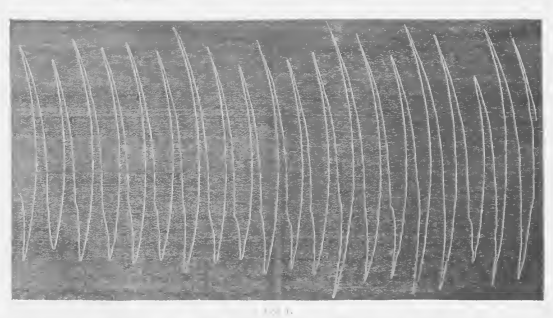


Fig. 1.

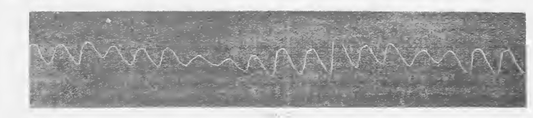
(1) Voyez Sarda. — Association française pour l'avancement des sciences. Congrès d'Oran, 1888. *Bulletin général de thérapeutique*, 30 mai 1888. *Progrès médical*, [illegible] 1888.

(2) Gaignard. Th. de Paris, [illegible] 18[illegible].

Le 14, le tracé est repris, après l'administration du dixième cachet. Nous le reproduisons ci-dessous. (*Fig.* 2.)

Le 15, le tremblement est déjà trop diminué pour qu'il soit possible de l'enregistrer. Le 19, il est *absolument nul*. On donne trois cachets ce jour-là, et le médicament est supprimé le 20.

Huit jours après, le malade quitte l'hôpital. A cette date, le tremblement n'était pas encore revenu.



Cette observation est on ne peut plus remarquable. En trois jours, la solanine a fait cesser un phénomène gênant, la dyspnée ; en quatre jours elle avait fait disparaître le tremblement. L'effet produit après cette première expérience ne s'est pas continué bien longtemps, puisque le tremblement reparaissait le 26, six jours après la cessation de la solanine. Toutefois, ce n'est que vingt jours après la cessation du médicament que ce symptome acquiert son intensité du début.

La seconde expérience est plus concluante encore. Après l'administration du dixième cachet, le tremblement est fort réduit ; au bout de six jours, il n'est plus provoqué par des mouvements répétés du membre malade. De plus, huit jours après la suppression du médicament, on n'observait aucun vestige du symptôme.

Il ressort nettement de ces faits : que la solanine *est un excellent modérateur réflexe ; que l'assuétude au médicament est peu sensible, puisque le succès a été plus net, plus soutenu lors de la reprise de la solanine : que, par suite, cet alcaloïde peut être administré sans danger : qu'enfin il suffirait, chez des malades présentant des phénomènes d'excitation réflexe, de doses faibles administrées de loin en loin, pour maintenir l'effet obtenu par des doses moyennes.*

Certainement, nous n'avons pas la prétention d'améliorer en rien la maladie elle-même ; mais c'est rendre un grand service au malade que de lui permettre, pendant un temps qui peut être fort long, de reprendre des occupations qu'un symptome gênant avait fait cesser, en assurant ainsi, en même temps qu'une satisfaction morale, du bien-être matériel.

PATHOLOGIE INTERNE

Recherches cliniques et expérimentales sur l'hémosphérinurie quinique ;

Par les Drs P. S. PAMPOUKIS et S. CHOMATIANOS (d'Athènes).

Si nous entreprenons l'étude clinique et expérimentale de *l'hémosphérinurie due à la quinine*, c'est qu'en Grèce elle a été pour la première fois observée et séparée de la *fièvre bilieuse hémosphérinurique palustre*.

En France, les auteurs qui se sont occupés de la question refusent, même aujourd'hui, d'admettre la possibilité de la production de l'hémosphérinurie par l'emploi de la quinine, malgré les nombreuses observations que les médecins hellènes ont présentées pour attester l'existence de cette complication dans le traitement palustre. M. Dujardin-Beaumetz, traitant cette matière, s'exprime ainsi (1) : « Je crois peu, pour ma part, à l'hématurie quinique, car dans la fièvre typhoïde traitée par le sulfate de quinine à haute dose on n'a observé ni hématurie ni hémoglobinurie. » M. Laveran, dans son excellent ouvrage sur les fièvres palustres (1) dit : « Quelques observateurs ont attribué, *sans preuves suffisantes, à ce qu'il me semble*, au sulfate de quinine les hématuries qui se produisent quelquefois dans le cours des fièvres palustres. » M. Corre cite, dans le chapitre sur la fièvre bilieuse hématurique de son ouvrage (2) les hématuries consécutives à l'ingestion de diverses substances, les hématuries dues à certains parasites, les hématuries paroxystiques ou à frigore et l'hémosphérinurie de la fièvre bilieuse hématurique ; mais il ne parle pas de l'hémosphérinurie quinique.

Ce qui précède nous fait présumer que les observateurs français ne croient pas à l'hémosphérinurie quinique.

Voyons maintenant ce qu'en disent les observateurs italiens. M. Tomaselli a rapporté (3) quelques cas où le quinquina et ses alcaloïdes ont provoqué l'hématurie avec ou sans ictère accompagnée de fièvre, etc. M. Ughetti (4) et M. Galvagno ont apporté de semblables observations.

Nous avons déjà dit que l'hémosphérinurie quinique a été observée en Grèce pour la première fois et séparée des fièvres palustres. Cela se comprend facilement, attendu que les fièvres palustres sont très fréquentes en Grèce et forment le tiers au moins de toutes les maladies. Par conséquent, les médecins qui exercent dans les régions marécageuses de la Grèce ont journellement l'occasion d'employer la quinine et d'étudier les effets qu'elle produit sur les personnes qui en font usage. Il y a déjà plusieurs années que les docteurs hellènes ont observé chez certains malades en cachexie palustre l'hémosphérinurie se produisant par l'usage de la quinine. Voici, d'ailleurs, la bibliographie hellénique sur cette question. En 1858, M. S. Varettas a appelé le premier l'attention sur les hématuries causées par la quinine, en apportant des observations bien nettes de son père, médecin, souffrant lui-même de cette hématurie. En 1861, M. Papavassiliou a rapporté, dans le journal *Asclipios*, à Athènes, cinq cas d'hématurie quinique. En 1878, M. Karamitzas, professeur à la Faculté d'Athènes, a traité tout spécialement cette question devant la Société médicale d'Athènes (5). Ayant eu l'occasion de constater sept cas d'hémosphérinurie quinique, il prouva que le sulfate de quinine provoque l'hémosphérinurie chez des personnes qui souffrent de fièvres palustres chroniques et qui, de plus, faisaient excès dans l'emploi de la quinine. M. Karamitzas, le premier, prouva, par l'examen microscopique des urines, que c'est seulement l'hémo-

(1) Leçons cliniques. Vol. III, page 7[illegible].

(1) *Traité des fièvres palustres*, 1884, page 500.

(2) *Traité des fièvres bilieuses et typhiques des pays chauds*, [illegible].

(3) *Gazetta clinica di Bologna*, 1878, page 119. La intossicazione chinica nell'infezione malarica. Contribuzione all'esistanza [illegible].

(4) *Intossicazione chinica e la febbre biliosa ematurica*, [illegible] Sperim., fasc. 6, 1878.

(5) *Bulletin général de thérapeutique* ; 1879, 30 juillet, p. 53

globine qui passe aux urines et non pas les globules rouges du sang. Depuis, plusieurs docteurs hellènes ont publié des observations semblables d'hémosphérinurie quinique. Nous citons MM. Corillos à Patras, Defteréos en Albanie, Théophanidis à Agrinion, Savas à l'hôpital militaire d'Athènes et Pispiris à Karvassara. Tout récemment, l'un de nous (1) ayant étudié les fièvres palustres en Grèce, s'est tout spécialement occupé de cette question.

Puisque nous avons eu l'occasion d'observer sept cas d'hémosphérinurie quinique, et de faire des expériences sur cinq malades, non seulement avec la quinine, mais aussi avec tous les autres alcaloïdes du quinquina, ce que les autres observateurs n'avaient pas complètement fait avant nous, nous croyons de notre devoir de communiquer ici ces cas; dans l'espérance que nous contribuerons à persuader aux savants auteurs français qu'en effet le quinquina et ses alcaloïdes peuvent provoquer l'hémosphérinurie, chez certaines personnes souffrantes de fièvres palustres chroniques.

Observation I. — M. K..., âgé de 22 ans, souffre depuis trois ans de fièvres palustres. Les 9 et 10 août 1885, il a deux accès quotidiens, contre lesquels il a pris un gramme de sulfate de quinine. Le 11 août (matin), la température était égale à 37°,2; M. Chomatianos lui prescrivit 1 gr. 20 de quinine en trois doses, comme d'habitude. Une heure et demie après la dernière dose, le malade a senti de la pesanteur aux régions rénales, avec des besoins fréquents d'uriner; après quoi il a vu que ses urines étaient rougeâtres ou plutôt noirâtres.

Examen des urines. Poids spécifique, 1,023; elles sont acides; le résidu en est abondant, rougeâtre; il y a de l'albumine en grande quantité et de l'hémosphérinurie. A l'examen microscopique, il y avait des éléments pigmentés et des cellules épithéliales de la vessie; pas de cylindres, pas de globules sanguins.

Le soir, 37°; les urines ont le même aspect et la même composition.

Cette *hémosphérinurie apyrétique* a duré 30 heures; les urines ont repris graduellement l'état normal.

L'apyrexie a continué pendant huit jours. Alors (19 août), accès palustre avec 38°,3, sans traces d'hémosphérinurie, la fièvre, ayant commencé à midi, a duré 15 heures. Le lendemain matin, 36°; le malade prend 1 gr. 20 de quinine en quatre doses, toutes les demi-heures. Une heure après, soit à midi, le malade a eu son *accès de fièvre,* qui est ainsi venu à l'heure habituelle, et l'*hémosphérinurie*, avec des douleurs intenses en urinant. Cet accès de fièvre a duré quelques heures seulement, tandis que l'hématurie a duré 40 heures.

Nous faisons remarquer ici que l'accès de fièvre a coïncidé avec l'hémosphérinurie; l'action hématurique de la quinine s'est manifestée juste au moment où l'accès devait se produire. Les quatre jours suivants, le malade a été traité avec le vin et l'extrait de quinquina et la teinture d'Eucalyptus. Le cinquième jour, nouvel accès fébrile (39°,9), qui n'a pas été accompagné d'hémosphérinurie, le malade n'ayant pas pris de quinine avant cet accès. Alors on lui donne 4 grammes d'antipyrine en solution, la température est descendue graduellement, ainsi qu'il suit, toutes les heures; 38°,5, — 38°,1, — 37°,3, — 37°,1, — 36°,5, — 36°. Le lendemain, 26 août, nous essayons le *tannate de quinine*, 1 gr. 20 en quatre doses. *Pas d'hémosphérinurie.*

M. Chomatianos a prescrit le tannate de quinine à la même dose contre deux nouveaux accès, sans que l'hémosphérinurie parût.

Le 31 août, il lui injecte 0 gr. 30 de *bromhydrate de quinine* et en même temps 0 gr. 60 de tannate de quinine en poudre. Pas d'hémosphérinurie.

Alors, le 1er septembre, nous recommençons les expériences par le *sulfate de quinine*, en donnant 0 gr. 02 par heure, jusqu'à ce que le malade ait pris 0 gr. 45. Pas d'hémosphérinurie, sauf la pesanteur aux régions rénales après la dernière dose.

(1) *Étude clinique* [illegible] *de la Grèce*, par le Dr P. [illegible] 1888, page 64 [illegible].

Le 7 septembre, le malade prend 1 gr. 50 de *sulfate de cinchonine,* sans aucun accident.

Le 10 septembre, les accès se renouvelant, nous lui prescrivons le *sulfate de quinine* : 0 gr. 05 par heure. Mais, après la sixième dose, le malade a senti de la pesanteur aux reins, après quoi il a eu une hémosphérinurie qui a duré 5 heures, sans se compliquer de fièvre.

Toutes ces expériences ont été répétées toujours avec les mêmes résultats.

Observation II. — P. B..., de Zante, âgé de 25 ans, a eu déjà plusieurs accès palustres. Le 27 septembre 1886, accès avec 39°,4 et *vomissements de bile*. La fièvre continue le lendemain avec 38°,3 le matin. Alors, il prend 1 gr. 20 de sulfate de quinine. Peu après, le malade a eu de l'hémosphérinurie avec des frissons et de l'ictère. L'examen des urines a donné presque les mêmes résultats que le précédent. Soir: température, 37°,9. L'hémosphérinurie a duré *dix-huit* heures. Le 29 du mois, 36°,7; l'ictère est intense. Le malade prend 0 gr. 75 de sulfate à trois doses toutes les demi-heures. Deux heures après, l'hémosphérinurie réapparaît *sans fièvre;* elle dura *quarante* heures.

Notons que deux heures après l'apparition de l'hémosphérinurie, le malade a eu son accès fébrile avec 39°,5 et vomissements de bile. Les *cinq* jours suivants, le malade était en apyrexie complète.

Alors le *sixième* jour (4 octobre), nous avons ordonné 0 gr. 50 de *sulfate* à six heures du matin, le malade ayant 36°,5 et 60 pulsations. Deux heures après, les urines deviennent rouges noirâtres; pas de fièvre. Le soir, 36°,8. Le lendemain, 36°,3. Les urines sont claires.

6 octobre. Décoction avec extrait de quinquina. *Injections* de 0 gr. 30 de *bromhydrate*. Pas d'accidents.

Quelques jours après, nous lui donnons 0 gr. 40 de *sulfate*, en solution et plus tard 0 gr. 80 de *bromhydrate* à l'intérieur, sans que l'hémosphérinurie paraisse, mais il y a de la pesanteur dans les reins.

16 *octobre*. Le malade est toujours en apyrexie depuis le 29 septembre. Il prend, le 16 octobre, *un gramme de tannate de quinine* en deux doses. Ce médicament a provoqué une hématurie de 26 heures, tandis que chez l'autre malade il n'avait rien provoqué. Est-ce parce que chez le dernier nous avons administré le médicament en deux doses, chez l'autre en quatre, ou cela est-il dû à une prédisposition individuelle?

20 *octobre*. Le malade est toujours sans accès palustres. Nous expérimentons avec le *sulfate de cinchonine* en prescrivant 1 gr. 50 en cinq pilules. Pas d'hémosphérinurie. Ainsi ce malade, depuis 22 jours, n'a pas eu d'accès fébriles, et cependant, durant l'apyrexie, nous avons pu lui provoquer l'hémosphérinurie selon l'alcaloïde que nous prescrivions et la dose à laquelle il se donnait.

Observation III. — G. O..., âgé de 26 ans, depuis longtemps souffre de fièvres palustres. Dernièrement il a eu deux hémosphérinuries après l'usage de sulfate de quinine administré contre ses fièvres.

Le 30 octobre 1886, nous lui injectons pendant un accès palustre, 0 gr. 37 de *bromhydrate de quinine*. Après une heure, le malade a une hémosphérinurie très abondante.

Les quatre jours suivants, pas d'accès palustres. Alors nous expérimentons avec le *sulfate de cinchonine,* un gramme en deux doses. Pas de résultats.

Le lendemain (5 novembre), nous prescrivons 1 gr. 50 du même médicament; pas d'action.

9 novembre. Le malade est en apyrexie depuis le 31 octobre. Nous lui ordonnons, à cette date, 1 gramme de *quinoïdine*. Pas d'hémosphérinurie. Le lendemain, il prend 1 gr. 50 de *sulfate de cinchonine,* sans réaction de l'organisme.

Le 12 novembre, il prend 0 gr. 50 de *sulfate de quinine*. Après trois heures, il a une hémosphérinurie assez intense, qui dure 40 heures.

Observation IV. — J. Z..., capitaine de gendarmerie, âgé de 50 ans. Pendant le mois d'août 1883, il fut pris à Corfou d'accès de fièvres intermittentes, contre lesquels l'un de nous lui a prescrit 1 gramme de sulfate de quinine en trois doses. Une heure après, le malade a eu une hémosphérinurie de six heures

sans fièvre bien entendu. Une semaine après, sans que la fièvre revienne, nous lui administrons 0 gr. 50 de quinine; une hémosphérinurie de huit heures en a été le résultat.

Observation V.— N. H..., âgé de 22 ans, souffre depuis plusieurs années de fièvres palustres. En 1877, il a eu sa première hémosphérinurie après l'usage de la quinine. Depuis cette année, il a des hématuries toutes les fois qu'il prend de la quinine.

Au mois de décembre 1886, nous lui administrons 0 gr. 60 de quinine dans une dose. Une heure après, le malade a eu des vomissements, une légère coloration jaunâtre des conjonctives, des douleurs rénales et une hémosphérinurie de vingt heures, sans fièvre, ni globules sanguins dans les urines.

Résumé et réflexions. — Si maintenant nous résumons les résultats de nos expériences, nous pouvons conclure :

La *quinine* ($C^{20} H^{24} Az^2 O^2$) peut provoquer une *hémosphérinurie apyrétique* chez des personnes atteintes de fièvres palustres le plus souvent chroniques et ayant fait excès dans l'emploi de ce médicament. Quelquefois nous avons observé de la *fièvre* accompagnant l'hémosphérinurie. M. Karamitzas et les autres auteurs, soit hellènes, soit italiens, ont attribué ce symptôme à la quinine. Nous autres, nous prétendons que la *fièvre n'est pas due à la quinine, mais à une simple coïncidence d'un accès palustre avec la manifestation hématurique de la quinine*. Pour nous exprimer ainsi, nous nous basons sur nos observations. Et tout d'abord nous faisons remarquer que, *parmi nos sept cas, la fièvre est arrivée deux fois seulement, et cela pas en même temps, mais d'une à deux heures après l'apparition de l'hémosphérinurie*. Ensuite que cette fièvre est venue aux mêmes heures auxquelles elle arrivait comme accès palustre avant l'usage expérimental de la quinine.

Quant à *l'ictère*, il s'est manifesté seulement quand l'hémosphérinurie était accompagnée de vomissements biliaires. Par conséquent, nous pouvons soutenir et nous prétendons *qu'il s'agit d'un simple ictère catarrhal qui, étant toujours léger, complique quelquefois l'hémosphérinurie quinique*. Mais, bien entendu, nous pouvons aussi rencontrer des *ictères hémaphéiques*, provoqués par l'*hémoglobine*, laquelle se séparant de globules sanguins, peut non seulement sortir par les urines (d'où l'hémoglobinurie ou hémosphérinurie), mais se déposer aussi dans la peau et les conjonctives.

Passons maintenant aux détails de l'action des alcaloïdes du quinquina.

a). *Sulfate de quinine*. A la dose d'un demi-gramme et plus, il a provoqué une hémosphérinurie de vingt à quarante heures. A la dose de 0,05 par heure, il a provoqué une légère hémosphérinurie de cinq à six heures et cela après la sixième dose (0,30). Avec des doses minima de 0,02 par heure, il n'a rien provoqué, même jusqu'à la trentième dose (0,60).— *b*). *Bromhydrate de quinine*. A la dose de 0,80 à l'intérieur, il n'a rien provoqué. En injection jusqu'à 0,30, rien non plus. Mais au-dessus, il a produit une hémosphérinurie abondante chez un malade. — *c*). *Tannate de quinine*. Chez un des malades, il a provoqué, à la dose de 1 gramme, une hémosphérinurie abondante, tandis qu'il n'a rien produit chez les autres. — *d*). *Cinchonine* ($C^{20} H^{24} Az^2 O$; dextrogyre). Même à grandes doses (2 grammes), elle n'a rien provoqué.— *e*). Le *sulfate de cinchonine* ou cinchonidine ou quinidine $C^{20} H^{24} Az^2 O^2$) n'a pas provoqué l'hémosphérinurie, mais toujours de la pesanteur aux régions rénales.— *f*). La quinoïdine, à la dose de 1 gramme, n'a rien provoqué. — *g*). *Quinquina*. En décoction (15 grammes), en extrait, en solution (4 grammes), et comme, vin n'a rien provoqué chez nos malades.

D'après ce qui précède, nous voyons que la *quinine provoque ou non l'hémosphérinurie selon la dose*. Ainsi, à la dose de 0,02 par heure, elle n'a rien provoqué chez les sujets sur lesquels des doses plus élevées l'ont fait apparaître. Par conséquent, nous croyons que M. Tomaselli n'a pas eu l'occasion d'entreprendre des expériences avec des doses détaillées de quinine ; autrement il n'eût pas affirmé que la quinine provoque l'hématurie *indépendamment* des doses. Quant à M. Karamitzas, nous sommes heureux d'être d'accord avec lui en affirmant que les petites doses provoquent l'hémosphérinurie. Mais il faut toujours ajouter que, d'après les résultats de nos expériences, les doses minima ne la provoquent pas.

Au point de vue pratique, nous en concluons que les personnes prédisposées à l'hémosphérinurie quinique ne doivent *jamais* faire traiter leurs accès palustres par la *quinine*, mais bien lui substituer *l'antipyrine* (1) ou la *cinchonine* qui, elle, n'a jamais provoqué ni l'hémosphérinurie ni les autres symptômes qui l'accompagnent (pesanteur et douleurs aux régions rénales, etc.). Mais pourquoi la cinchonine ne provoque-t-elle pas l'hémosphérinurie, tandis que la quinine et les autres alcaloïdes la provoquent plus ou moins? Faut-il l'attribuer à la différence de la composition du type chimique de la cinchonine qui diffère de celui de la quinine et de la cinchonidine (ou sulfate de cinchonine) par un atome d'oxygène en moins? Telle serait notre opinion.

Maintenant nous voulons appeler l'attention sur une question importante, qui touche de près au sujet que nous examinons, à savoir : Y a-t-il une relation entre l'hémosphérinurie quinique et la fièvre bilieuse hémosphérinurique? Quelques auteurs italiens ou hellènes ont prétendu que la quinine peut provoquer la fièvre bilieuse hémosphérinurique. Cette opinion a été combattue, en France et en Grèce, par la plupart des auteurs.

Quant à nous, nous avançons que la quinine ne provoque jamais la fièvre bilieuse hémosphérinurique et que l'hémosphérinurie quinique est tout à fait différente de cette fièvre, qui est de nature palustre. Nous consignons, par conséquent, nos conclusions pour mettre en relief les différences qui séparent ces deux maladies : *a*). La fièvre bilieuse hémosphérinurique se déclare chez des sujets n'ayant pas fait préalablement usage de quinine et se guérit par l'emploi de la quinine. — *b*). La fièvre hémosphérinurique se déclarant chez des personnes qui ont fait usage de quinine, peut se répéter chez les mêmes sujets, malgré la cessation de la médication quinique. — *c*). Enfin cette fièvre est rare et se déclare par petites endémies, malgré l'usage journalier de la quinine par la presque totalité des habitants de pays marécageux.

Pour mieux prouver ce que nous avançons, nous n'avons qu'à rapporter l'observation suivante, où le même sujet a eu tout d'abord un accès de fièvre palustre hémosphérinurique et ensuite l'hémosphérinurie quinique expérimentale.

Observation VI. — S. C., âgé de 23 ans, caporal : il souffre de fièvres palustres depuis longtemps ; il a eu déjà plusieurs fois de l'hémosphérinurie quinique. Depuis quelques mois il n'a plus fait usage de quinine. Dernièrement, il a été en garnison pendant quelques jours aux environs d'Athènes, où il y avait des marais. A cause de cela, il a eu un accès de fièvre bilieuse

(1) Voir *Progrès médical*. — Du nouveau traitement des fièvres palustres par l'antipyrine, par le Dr P. S. Pampoukis, nº 1 de 1888.

hémosphérinurique pour lequel il est entré à l'hôpital militaire d'Athènes dans le service de M. Vassiliou, l'éminent directeur de cet hôpital.

La maladie ayant duré dix jours a été combattue par la cinchonine et l'antipyrine, et non pas par la quinine, car cette dernière provoquait l'hémosphérinurie, d'après ce que le malade disait.

Une semaine après sa guérison, M. Chomatianos lui a administré 0,60 de sulfate de quinine ; le malade a eu une hémosphérinurie abondante de vingt heures, sans fièvre, ni autres complications.

Cette expérience prouve nettement que la même personne peut avoir les deux maladies. En plus des *six* observations qui précèdent, il y en a eu 32 de constatées en Grèce, à propos de l'hémosphérinurie quinique. Nous croyons, par conséquent, que le monde scientifique qui, jusqu'à présent, n'acceptait pas l'hémosphérinurie quinique, sera convaincu par nos observations.

Nous espérons aussi qu'il n'y aura plus à l'avenir de confusion entre *l'hémosphérinurie quinique* et la *fièvre bilieuse hémosphérinurique*, maladies tout à fait différentes, par cette raison que la quinine provoque la première, tandis qu'elle guérit la seconde qui est de nature palustre.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Des impotences fonctionnelles, des spasmes et paralysies périphériques et de quelques autres affections névropathiques.

Nous venons de terminer, pour le *Progrès médical*, un travail sur ce sujet. Au moment de le remettre à l'imprimeur, la réflexion nous est venue que ce travail étant fort long ne pourrait être présenté que par fragments, ce qui rendrait moins perceptible l'enchaînement des idées ; qu'en outre la composition du texte, la gravure des dessins pouvaient allonger notablement les délais de la publication. Cela étant, il nous a paru que le système des *communications préalables*, si apprécié de nos voisins, devait trouver ici son application.

Dans la circonstance actuelle, il aura pour avantage de faire connaître le but de notre travail, ses conclusions, et par suite d'en faciliter la lecture.

En 1882, nous avons eu connaissance d'un nouveau traitement de la crampe des écrivains. Le désir de nous rendre compte des conditions de l'efficacité (très réelle) de ce traitement, a été l'origine de la présente étude, abandonnée puis reprise à divers intervalles.

La première chose à faire était d'acquérir une notion clinique exacte des spasmes ou plus exactement de l'impotence fonctionnelle. Nos observations, rapportées dans le travail *in extenso*, nous ont imposé une opinion diamétralement opposée à celle des auteurs classiques sur la nature de cette affection. Pour les auteurs, en effet, l'impotence fonctionnelle est engendrée par l'abus d'une fonction ; elle est caractérisée par la gêne ou l'impossibilité de l'accomplissement de cette fonction avec intégrité des autres fonctions et de la santé générale. C'est une pure névrose, mystérieuse, du reste, et incurable.

Nous montrons par les faits que, pour être dans le vrai, il faut prendre exactement l'inverse de ces propositions, car :

1° La crampe des écrivains et les autres impotences fonctionnelles ne sont jamais le résultat direct d'une fatigue professionnelle. Lorsqu'on peut faire intervenir les fatigues comme cause, ce n'est pas la fatigue professionnelle. D'un autre côté, on voit très rarement réunies l'impotence professionnelle et la neurasthénie. Lorsque celle-là existe, par exception, chez un neurasthénique, elle n'occupe qu'une place très secondaire dans les préoccupations du malade. Nous avons dû renoncer à notre idée première qui était d'étudier la neurasthénie professionnelle. D'autre part, la crampe des écrivains, par exemple, peut exister chez des gens qui n'écrivent pas et être découverte par hasard.

2° Les autres usages du membre sont atteints de la même façon que la fonction technique principale ; ou, plus exactement, ils le sont en raison de la complication et de la précision des mouvements qu'ils requièrent. Les exceptions ne sont qu'apparentes et il est facile de les expliquer.

3° Dans l'impotence, il existe en dehors de la fonction une série de troubles locaux, permanents, de la motilité, de la sensibilité, de la nutrition et de la circulation.

Outre ces phénomènes locaux, les malades présentent, sans exception, les signes prononcés d'une diathèse névropathique ou arthritique, généralement les deux combinées. Souvent leur santé est altérée au point que, même sur le trouble fonctionnel, ils devraient recourir au médecin.

4° L'impotence fonctionnelle n'est pas une affection mystérieuse. Les troubles permanents locaux, négligés par les auteurs, en donnent la clef. C'est une affection spinale fruste. Elle est curable au même degré que les paralysies périphériques.

L'affection type comprend : 1° Des troubles de la motilité : paralysie, parésie, spasme tonique et clonique, tremblement, incoordination. L'acte professionnel constitue l'épreuve la plus apte à en déceler la moindre trace. 2° Des troubles trophiques : atrophie musculaire simple ou dégénérative, altération indéterminée, non décrite, du tissu musculaire, rétraction de l'aponévrose palmaire, etc. 3° Des troubles de la sensibilité : dysesthésie, anesthésie tactile, analgésie, points douloureux, douleurs spontanées. 4° Des troubles vaso-moteurs : spasme artériel, ischémie, hypérémie locales. 5° L'exagération des réflexes et une prédisposition névropathique attestée par les antécédents personnels ou de famille.

L'impotence fonctionnelle est constituée par la présence de un ou de plusieurs de ces éléments. Elle revêt autant de formes qu'ils peuvent présenter de combinaisons possibles. Cependant, il est naturel que les formes spasmodique et sensitive paraissent les plus fréquentes, parce que lorsque ce sont les éléments paralysie ou atrophie qui dominent, l'affection reçoit un autre nom.

A ce point de notre enquête nous aurions pu nous arrêter. En effet, l'impotence fonctionnelle se trouvant identifiée avec les affections des nerfs périphériques, la question pouvait être regardée comme suffisamment résolue. Toutefois, ces affections des nerfs périphériques n'étant pas elles-mêmes exemptes d'obscurité, nous avons cru ne devoir considérer ce premier résultat que comme une première approximation.

Pour préciser davantage, il fallait vérifier si dans ces affections périphériques ne se trouvaient pas des cas,

se distinguant comme l'impotence fonctionnelle par l'apparence fruste, la dissociation des éléments symptomatiques et le cachet névropathique des sujets. Nous avons passé en revue les membres, le tronc, le cou et la face.

Aux membres il ne nous a pas été difficile de reconnaître que la plupart des cas désignés sous les noms de paralysie par compression ou à frigore, appartiennent à notre type que nous appellerons provisoirement spasmo-paralytique, désignation qui comprend également les paralysies flasques, suivant l'élément qui prédomine.

Il faut y joindre les paralysies atrophiques d'origine articulaire, dans lesquelles justement M. Charcot faisait ressortir, il y a peu de temps, la coexistence du spasme et de la paralysie ; et certains cas de soi-disant commotions du plexus et paralysies réflexes. Certaines atrophies localisées, à marche bénigne, non explicables par des névrites et autres. Certaines paralysies spinales, etc. Parmi les hyperkinésies, les diverses crampes, à commencer par la crampe vulgaire qui coexiste fréquemment avec les autres constituants du groupe ; peut-être certaines chorées circonscrites et épilepsies partielles ; quelques contractures non hystériques ; très probablement le Paramyoclonus multiplex, affection connue depuis peu en France par les publications de M. Marie. A rattacher encore aux altérations trophiques certains cas au moins d'arthrite déformante.

Comme troubles circulatoires, l'asphyxie locale des extrémités, soit isolée, soit à titre de complication.

Puis la paresthésie des mains décrite par M. Putnam (de Boston), ce qui nous conduit aux troubles de la sensibilité. Parmi ceux-ci, bon nombre de névralgies, notamment celles qui, comme certaines sciatiques, s'accompagnent d'atrophies.

En un mot la plupart des affections, non strictement traumatiques des nerfs des membres, que l'on classe actuellement dans des catégories très diverses suivant que domine tel ou tel élément.

Toutes les indications ci-dessus sont dans notre travail, appuyées par des exemples. Pour le tronc, nous citons quelques faits d'atrophie de muscles isolés et de paralysie fonctionnelle du grand dentelé, du trapèze, etc. Chemin faisant, nous avons à nous occuper de la crépitation ou craquement névropathique et de son mécanisme.

Au cou nous trouvons réalisée d'emblée l'affection spasmo-paralytique dans sa forme presque complète, dans les convulsions et contractures du domaine du spinal. Nous avions depuis longtemps vu et montré que dans certains spasmes toniques ou cloniques du sterno-mastoïdien et du trapèze, il existe une atrophie des muscles antagonistes de ceux qui sont le siège du spasme. D'où le précepte de faire porter l'effort du traitement électrique local principalement sur les muscles atrophiés. Nous citons plusieurs cas de ce genre chez des sujets névropathes, entre autres celui d'une femme qui présentait un spasme clonique des deux sterno-mastoïdiens et une atrophie preque complète de tous les extenseurs de la tête.

Dans les cas de ce genre, notre assimilation n'est guère contestable. Mais tous les spasmes du cou ne sont pas de nature à s'accompagner d'atrophie. Il y a donc une distinction importante à établir. Nous le ferons après avoir étudié les formes de l'affection spasmo-paralytique à la face. La plus évidente est la paralysie faciale dite périphérique. Nous citons des cas types où l'on voit la paralysie être produite par des mécanismes très divers, par action réflexe psychique, chez une malade, par l'impression du froid chez une autre, chez une troisième par une compression probable, chez d'autres, enfin, par une sorte de métastase. Dans tous ces cas nous admettons la prédisposition névropathique héréditaire, mise récemment en lumière par M. Neumann et à l'appui de laquelle nous apportons quelques preuves.

Mais la paralysie ne représente qu'un aspect de l'affection, du moins à première vue, car il est facile de constater qu'elle s'accompagne de modifications vaso-motrices, etc. On la trouve très fréquemment associée à un autre élément de notre groupe, l'atrophie, le plus souvent dégénérative. Cela n'a pas besoin d'être démontré. Il n'en est pas de même de l'élément spasmodique. Ce n'est qu'en examinant attentivement les faits que nous avons pu établir la relation de continuité qui existe entre la paralysie, la contracture et le tic convulsif de la face. Ce sont trois phases d'une seule et même affection. Nous montrons par des observations que leur association en proportions variables est constante. L'association de la paralysie à la contracture ne soulèvera pas d'objection sans doute : or l'association de ces deux éléments avec le tic convulsif n'est pas moins évidente. Nous rapportons des exemples où l'on voit la paralysie et la contracture précéder le spasme clonique et réciproquement. En résumé, le groupe paralysie faciale, contracture, tic convulsif, représente la paralysie amyotrophique spasmodique de la face.

Mais ici se présente la même restriction que pour les spasmes du cou. Or, aussi bien pour la face que pour le cou, nous avons du chercher à distinguer les spasmes afférents à notre type spasmo-paralytique des autres. D'abord nous avons distingué les convulsions qui n'impliquent que l'excitation d'un seul filet ou tronc nerveux, de ceux qui sont diffus et plus ou moins coordonnés. C'est ce qu'a déjà fait M. Letulle. Ensuite nous avons séparé ceux qui sont unilatéraux ; mais, comme on va le voir, ce caractère est trompeur. Cela nous permet déjà de dire que, généralement, le spasme du groupe paralytique est dans les limites, les unilatéraux. Nous ne nous arrêtons pas, faute d'espace, sur le caractère de la contraction qui a aussi son importance. Enfin, en cas de doute, le résultat du traitement sert de critérium. En résumé, il faut tracer une démarcation profonde entre deux espèces de tics. L'une que nous appellerons centrale ou psychique, est celle qui a été décrite par M. Gilles de la Tourette dans son travail des Archives de Neurologie. Elle se distingue : par la diffusion des secousses, l'intégrité de la nutrition, l'état psychique des sujets, leur jeune âge, et l'incurabilité de l'affection. L'autre, périphérique ou spinale, celle du groupe spasmo-paralytique, a un siège plus circonscrit, généralement unilatéral, atteint l'âge adulte ou de déclin, se lie par coexistence ou succession à d'autres manifestations de la même catégorie, et se guérit facilement.

Nous avons dit que la bilatéralité n'a pas une valeur absolue comme élément de diagnostic. Nous en donnons la preuve directe en citant une dame dont le blépharospasme double fut suspendu par une paralysie faciale unilatérale. Ce fait prouve, par parenthèse, que lorsqu'on s'obstine à faire, dans les cas de ce genre, des sections nerveuses, on devrait au moins se contenter d'opérer le côté le plus affecté.

Négligeons, pour abréger, quelques autres manifestations isolées qui peuvent se présenter à la face, telles que névralgies, troubles vaso-moteurs, etc.

Nous avons donc reconnu, dans un certain nombre d'affections, les éléments du groupe auquel appartiennent les impotences fonctionnelles. Mais nous ne les avons vus qu'à l'état d'isolement. Ils peuvent cependant se trouver réunis en plus ou moins grand nombre chez un même sujet, y persister ou se succéder pendant des années, et donner ainsi lieu à des maladies dont l'interprétation serait fort difficile si l'on se plaçait à un autre point de vue. Nous citons trois ou quatre faits cliniques de ce genre.

Après cette partie descriptive, nous n'avons pu éviter d'entrer dans quelques considérations générales. Quelques mots suffisent pour la physiologie pathologique. Il s'agit évidemment d'une localisation spinale surtout, mais sans lésion permanente. Les phases du processus correspondent aux différents aspects. Nous renvoyons pour ce point à ce que disait récemment M. Charcot sur la physiologie pathologique de la paralysie amyotrophique spasmodique de cause articulaire. En outre et pour quelques autres manifestations, il faut faire intervenir les cordons postérieurs et latéraux. On voit donc que le siège, sinon la lésion, est le même pour ces sortes de névropathies locales que pour les affections organiques proprement dites, auxquelles elles se relient par des transitions insensibles et dont elles sont des images atténuées. — Nous citons des faits. — Nous indiquons le parallèle intéressant qu'il y aurait lieu d'établir entre les manifestations analogues des deux catégories.

Nous étudions ensuite quelques détails, tels que les caractères de l'atrophie. Ils sont variables au point de vue des réactions. La valeur de celles-ci et en général de tous les moyens d'exploration, est réelle, mais subordonnée. Elles servent simplement à faire reconnaître à quel type d'affection se rapporte le cas observé, mais elles ne suffisent pas à décider s'il y a analogie ou identité. La réaction de dégénérescence, par exemple, montre bien qu'il y a interruption de l'action trophique du nerf, mais elle ne dit rien sur la cause immédiate ou éloignée de cette interruption. De plus, nous avons vu (et nous citons des exemples) les différentes formes d'atrophie se rencontrer dans la même affection. Le mérite et la fonction du médecin sont de discuter les termes du problème et d'en tirer une conjecture vérifiée par l'événement.

Dans tout ce qui précède, nous avons eu en vue des affections des appareils de relation. Il serait facile de désigner des affections viscérales analogues et d'établir dans la série des affections névropathiques énumérées par M. Feré dans son célèbre article de la famille névropathique, deux catégories répondant à deux degrés dans l'évolution de la diathèse. On aurait ainsi, à côté des grandes névropathies organiques, un groupe nombreux, que nous avons en partie passé en revue et qui serait la névropathie mineure. C'est même là le titre que nous voudrions donner à notre travail. Remarquons, en outre, que cette petite névropathie est d'autant plus intéressante, que c'est d'elle surtout, nous ne voulons pas dire seulement, que le médecin peut attendre quelque satisfaction thérapeutique.

Nous arrivons ainsi au traitement. Il est précédé de quelques lignes d'apologie personnelle destinées à établir qu'en matière de thérapeutique nous sommes plutôt un sceptique qu'un enthousiaste, que nous avons un juste sentiment de la fatalité organique, etc. Tout cela est pour aboutir au choix d'une médication générale pour les névropathes. Nous déclarons, avec la conscience et le regret de ne pas être dans le mouvement, que cette médication, à la fois reconstituante et sédative, est l'électrisation et surtout la franklinisation. Nous terminerons les généralités du traitement par l'indication et la discussion de quelques moyens accessoires.

Un appendice est consacré au traitement local et fonctionnel des impotences. Nous indiquons d'abord le véritable créateur de la gymnastique de la main, puis nous parlons de l'emploi de cette gymnastique comme moyen curatif. Cela nous donne l'occasion de faire quelques remarques sur le mécanisme de l'écriture et finalement nous atteignons notre but primitif, qui était de formuler le traitement rationnel des dyskinésies dites professionnelles.

Nous sentons très bien que cette analyse, ainsi condensée, ne peut laisser au lecteur que l'impression d'un amas disparate et qu'il sera tenté d'y voir une œuvre de pure imagination. Nous le prions de considérer que cet article n'est guère plus qu'une table des matières et de vouloir bien suspendre son opinion. Un détail que nous allions oublier est que notre travail contient une vingtaine d'observations de guérison de diverses impotences fonctionnelles par notre traitement. C'est plus qu'on n'en a jamais réuni. Romain Vigouroux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 25 juin 1888. — Présidence de M. Janssen.

M. Thudichum étudie les *alcaloïdes, principes immédiats de l'urine humaine*. Ces alcaloïdes, au nombre de six, sont l'urochrome, l'urothéobromine, la créatinine, la réducine, la pararéducine, l'aromine. L'urochrome est la matière colorante normale de l'urine : on ne peut lui assigner aucune origine particulière dans l'économie humaine ; en particulier, ses produits de décomposition ne montrent aucune relation avec les corps colorants du sang ou de la bile. L'arothéobromine est un isomère de la théobromine du cacao.

M. de Lacaze-Duthiers signale les progrès accomplis cette année dans les *laboratoires de zoologie maritime de Roscoff et de Banyuls-sur-Mer*. Les excellentes conditions biologiques dans lesquelles peuvent être conservés les animaux permettent l'étude de questions embryogéniques restées jusqu'ici insolubles.

M. Louis Olivier continue ses *recherches sur le rôle du soufre chez les sulfuraires*. Ses expériences lui paraissent établir la fonction comburante du soufre et la substitution, au moins partielle, de cet élément à l'oxygène dans les cel-

lules où il existe à l'état métalloïdique. Peut-être est-il permis de penser que tous les corps qui se remplacent dans les combinaisons de la chimie peuvent aussi se substituer les uns aux autres dans l'incessante métamorphose de la vie.

M. L. Petit décrit les *mouvements de rotation provoqués par la lésion des ganglions sus-œsophagiens chez les Escargots.* Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 30 *juin* 1888. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M. Paul Loye a fait des recherches sur la décapitation, desquelles il résulte que le fameux *nœud vital* sur lequel on a tant épilogué n'existerait pas véritablement, ou tout au moins aurait un siège très variable suivant les diverses espèces animales. L'homme décapité meurt par asphyxie; le chien, au contraire, meurt par inhibition, sans convulsions. Il faut que la décollation porte sur un point de la moelle allongée chez le chien pour qu'il se produise des phénomènes analogues à ceux que l'on observe chez l'homme lorsque la section porte sur la moelle cervicale, qui dans toute sa hauteur serait chez ce dernier le siège de ce nœud vital, qui n'existe pas anatomiquement.

M. Dastre a fait des expériences confirmatives de celles de M. Loye; le nœud vital est simplement un centre d'inhibition et non celui des mouvements respiratoires.

MM. Dastre et Stamachi ont fait des recherches sur le liquide secrété par le jabot des pigeons. Ils se bornent aujourd'hui à l'exposé du procédé opératoire qui consiste en l'établissement d'une fistule cutanéo-muqueuse au niveau du jabot.

M. Mégnin dit que chez les Gallinacés, dans le but de traiter une maladie spéciale, on est assez souvent obligé de faire une incision au jabot. Cette incision guérit toujours très facilement; ces animaux sont donc très favorables aux expériences.

M. Duclaux remet une note de M. Chibret (de Clermont-Ferrand) sur l'emploi de l'oxycyanure comme succédané du bichlorure de mercure au point de vue antiseptique.

M. Henneguy remet une note de M. Carrieu (de Montpellier) *sur le développement des cellules ramifiées du cartilage des Céphalopodes.*

M. Brasse une note de M. Bovier-Lapierre (de Lyon) sur les *Péridiniens.* Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 3 *juillet* 1888. — Présidence de M. Hérard.

Elections de deux membres correspondants nationaux. — *Première élection* : Votants, 59 ; majorité, 30. Au premier tour de scrutin, M. Morache (de Bordeaux) est élu par 43 voix, contre M. Chédevergne de Poitiers), 13 ; M. Fabre (de Commentry), 2; M. Niepce (d'Allevard), 1. *Deuxième élection* : Votants, 62 ; majorité, 32. M. Chedevergne est élu par 56 voix, contre M. Fabre, 5 ; M. Bottentuit (de Plombières), 1.

M. Jablonski (de Poitiers) fait une communication sur certaines maladies épidémiques qui ne se trouvent pas comprises dans la circulaire ministérielle du 1er mars 1888. *La suette* nécessiterait un isolement de 40 jours; *la roséole.* de 25 jours. M. Jablonski soulève, à ce propos, la question de l'isolement des phtisiques et se demande si les médecins-inspecteurs des Ecoles ne devraient pas exclure des Ecoles les enfants atteints de la tuberculose.

M. Dujardin-Beaumetz, à l'occasion de l'introduction de la *Saccharine* dans le commerce, fait observer que cette substance peut être considérée comme un médicament et non comme un aliment. Il convient de repousser la saccharine de l'alimentation, car elle peut avoir des dangers pour la santé publique. M. Dujardin-Beaumetz estime, en outre, que la saccharine peut et doit être prescrite aux diabétiques auxquels elle est susceptible de rendre de réels services.

M. Worms fait remarquer que l'emploi de la saccharine doit être très surveillé, car cette substance engendre des troubles dyspeptiques.

M. Kirmisson fait une communication sur le *cathétérisme à demeure dans le traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage.* Cette communication est basée sur deux malades, chez lesquels la survie n'a pas été inférieure à celle que donne la gastrotomie. Deux procédés sont en présence : l'un consiste dans l'emploi des longues sondes œsophagiennes conseillées par Krishaber, l'autre dans celui du tube court préconisé par Symond. M. Kirmisson préfère les longues sondes à demeure, non seulement dans les rétrécissements cancéreux de l'œsophage, mais dans le traitement des rétrécissements matériels.

M. Bucquoy fait une communication sur une malade atteinte *d'un anévrysme de l'artère crurale* qu'il a traitée par *l'introduction d'un corps étranger dans le sac de l'anévrysme.* M. Bucquoy a adopté le procédé de Moore, parce qu'il avait affaire à une poche périphérique, peu volumineuse et parce que tous les autres modes thérapeutiques avaient échoué. — M. Bucquoy désapprouve ce procédé appliqué aux anévrysmes aortiques.

M. Verneuil commence une communication sur la *filipuncture*, méthode caractérisée par l'introduction et l'abandon définitif dans le sac anévrysmal de corps étrangers, filiformes, le plus souvent métalliques. Cette communication, vu l'heure avancée de la séance, est renvoyée à huitaine. A. J.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 4 *juillet* 1888. — Présidence de M. Polaillon.

M. Houzel (de Boulogne-sur-Mer) rapporte une observation de *sommeil anesthésique après injection d'éther iodoformé dans un abcès froid* (1). Dans un cas d'abcès froid il injecta 100 gr. d'éther iodoformé (éther, 100 gr., iodoforme, 5 gr.) ; au bout de quelques minutes, après une courte période d'excitation, la malade présenta une anesthésie complète qui dura deux heures et demie. Cette anesthésie a été absolument identique à celle qu'on obtient par l'éthérisation ou la chloroformisation.

M. Quénu n'a pas encore entendu parler ni observé d'accident analogue ; mais il a vu se produire des phénomènes graves (*vomissements incoercibles* ayant duré 8 jours) chez une jeune fille de 15 ans, atteinte d'abcès froid costal, qui fut traité par une injection d'éther iodoformé (30 gr. d'une solution à 10 0 0 au lieu de 5 0/0).

M. Peyrot a observé aussi un cas de sommeil vrai chez une femme de 28 ans, à la suite d'une injection de 20 gr. d'éther iodoformé. Le réveil a eu lieu 20 minutes après le début de l'anesthésie, sans phénomènes spéciaux.

M. Verneuil fait remarquer, à propos du procès-verbal de la dernière séance, que M. Houzel a injecté 100 gr. d'éther iodoformé dans la cavité d'un petit abcès consécutif à une coxalgie, c'est-à-dire une quantité qui lui paraît excessive. Aussi, n'est-il pas étonnant qu'il ait observé un accident. Pour lui, il recommande de proportionner la quantité d'éther iodoformé injecté à la capacité de l'abcès à traiter. M. Quénu a dit qu'il emploie de l'éther iodoformé à 10 0 0 ; la solution est trop forte, et ce n'est pas extraordinaire s'il a noté des vomissements. M. Verneuil a injecté bien des fois de l'éther iodoformé dans des abcès froids ; il n'a observé des accidents que dans les cas d'abcès de la fosse iliaque interne, et encore il ne s'agissait que de douleurs plus ou moins intenses, dues vraisemblablement à ce que le nerf crural, isolé au milieu de la cavité de l'abcès, était en contact direct avec l'éther iodoformé. Il conclut en disant qu'il peut être dangereux d'employer des quantités trop grandes de médicaments actifs, surtout quand les viscères du sujet sont atteints et en particulier quand les reins sont malades.

M. Schwartz, à propos du procès-verbal, rectifie ce qu'il a dit dans la deuxième séance à propos des *franges épiploïques*

(1) Communication faite à la séance précédente.

hypertrophiées, envisagées comme cause de l'irréductibilité de hernies du gros intestin. Le cas de M. Malassez n'a rien à voir avec ces faits; il s'agit d'une hypertrophie de la paroi intestinale.

M. Segond dépose sur le bureau une observation de M. Le-Prévost (du Havre), intitulée: *Kyste hydatique suppuré du foie; laparatomie: guérison* (renvoi à une commission; M. Segond, rapporteur).

M. Monod présente un malade, *trépané* dans son service par M. H. Delagenière, son interne. Cet homme de 29 ans avait reçu un coup de pied de cheval sur le front. Coma, au moment où on l'apporte à l'hôpital, et tous les symptômes de compression cérébrale. On discuta pour savoir si on devait l'opérer; puis on le laissa tranquille, son état étant très grave. A son arrivée, quelques instants après, M. Delagenière le trépane séance tenante et enlève un morceau du frontal fracturé. 24 heures après l'opération, l'état général est bien meilleur; 15 jours après le malade était guéri. M. Monod insiste sur l'innocuité de la trépanation antiseptique; il tenait à signaler à ses collègues le résultat obtenu par son interne, car il vient à l'appui des remarques faites antérieurement par M. Lucas-Championnière.

M. Kirmisson fait un rapport sur plusieurs observations de M. Ledru (de Clermont-Ferrand). 1° *Large épithélioma du dos du nez et de la commissure interne des paupières de l'œil gauche. Autoplastie par lambeau frontal.* — 2° *Polype naso-pharyngien chez un garçon de 13 ans, à droite. Ablation totale du maxillaire supérieur; Fonte purulente de l'œil.* — 3° *Polype fibreux de l'utérus.* — 4° *Résection du coude chez un syphilitique* (observation incomplète). — 5° Observation montrant les *rapports qui existent entre les éruptions furonculeuses et les suppurations profondes à distance.* M. Verneuil a utilisé cette observation dans le travail qu'il a lu à l'Institut sur ce sujet. Le malade a guéri de son abcès par une série de ponctions aspiratrices successivement pratiquées. — 6° *Un cas de trépanation.* Homme de 46 ans, opéré en 1874, qui avait reçu un coup de pioche sur le frontal gauche. Plaie linéaire, trou dans l'os. Au bout de quelque temps, engourdissement du bras, crises épileptiques, embarras de la parole. Première intervention: extraction de 16 esquilles. Nouvelles crises et extraction d'une nouvelle esquille. Crises très violentes à nouveau; nouvelle opération. On trouve du pus sous la dure-mère, met à nu le cerveau et le nettoie convenablement. Guérison. Ce fait est favorable à la trépanation et intéressant au point de vue des localisations cérébrales.

M. Lefort a observé récemment une malade paraissant atteinte de rectocèle vaginale depuis 11 ans. En un point de la rectocèle, petit orifice permettant d'engager un stylet dans une petite cavité, siégeant entre la paroi vaginale et la paroi rectale, si bien que M. Lefort crut avoir affaire à une hernie de la paroi vaginale seule, la paroi rectale n'ayant pas suivi cette dernière. En ouvrant la petite cavité signalée, il y trouva du sang et crut alors à un vieil hématome, situé entre le rectum et la paroi postérieure du vagin. Cependant, poursuivant l'opération, il trouva une tumeur pédiculée, dont le pédicule remontait entre les deux parois vaginale et rectale, jusque vers la partie postérieure du col de l'utérus. Il sectionna ce pédicule et enleva complètement la tumeur qui n'était qu'un *myome utérin*, ayant glissé entre le rectum et le vagin, après avoir pris naissance vers la partie postérieure de l'isthme de l'utérus. M. Lefort a publié jadis un cas fort analogue au point de vue pathogénique, mais cette tumeur simulait une inversion utérine et non une rectocèle.

M. Marc Sée cite un fait qui a quelques analogies avec celui de M. Lefort. Il s'agit d'un *myome de la cloison recto-vaginale*, ayant la grosseur d'une tête d'enfant et sortant par la vulve, chez une femme de 28 ans. Extirpation facile. On ne trouva pas le moindre pédicule reliant ce myome à l'utérus, et la crut développée aux dépens de la paroi recto-vaginale. Peut-être ce myome est-il d'origine utérine, peut-être le pédicule qui le reliait à la matrice a-t-il disparu? Mais M. M. Sée pense qu'il s'agit plutôt d'un myome développé sur place, à savoir dans la cloison recto-vaginale.

M. Schwartz cite un fait rare, à diagnostic difficile. Il s'agissait d'une dame de 57 ans, perdant du sang par l'anus, en grande quantité. Elle avait en même temps une pelvipéritonite ouverte dans le rectum, présentant de temps en temps des poussées inflammatoires. Pas d'hémorrhoïdes externes. Il s'agissait de savoir d'où provenait l'*hémorrhagie rectale*. On ne put y parvenir qu'après chloroformisation et examen du rectum à l'aide de spéculums spéciaux. M. Schwartz vit alors un petit bouquet hémorrhoïdaire au pourtour du trou représentant l'orifice de l'abcès pelvien. Destruction au thermocautère de ces grosses hémorrhoïdales; guérison. Plus de rectorrhagies, mais la malade a encore son abcès rétro-utérin. En somme, il n'a pu faire le diagnostic qu'après l'examen au spéculum.

M. Trélat insiste sur la nécessité, pour le diagnostic précoce des lésions rectales, d'examiner le rectum sous le chloroforme, à l'aide du spéculum qu'il a fait construire dans ce but. Des faits analogues à celui de M. Schwartz sont mentionnés dans les auteurs anglais.

M. Schwartz présente une malade qu'il a opérée pour un *orteil en marteau, par le procédé de M. Terrier.*

M. Bouilly montre des *bistouris*, faits d'*une seule pièce* en acier, pouvant être stérilisés sans s'altérer dans les étuves.

M. Tillaux montre un *kyste sanguin du corps thyroïde* qu'il a extirpé. Il a laissé en place la moitié du corps thyroïde pour éviter le myxœdème. Les kystes sanguins doivent toujours être extirpés, jamais incisés ou ponctionnés.

M. Trélat extirpe tous les kystes du corps thyroïde.

M. Nicaise montre un *calcul* provenant d'un homme de 78 ans, qu'il a trouvé au milieu d'une tumeur villeuse de la vessie. C'est une véritable pétrification ou calcification de cette tumeur. Il rapproche ce fait des pétrifications qu'on observe assez fréquemment à la surface de la muqueuse vésicale.

M. Terrier présente une *tumeur fibreuse du ligament large gauche* pesant 3 kilos 590 gr., qu'il a enlevée par énucléation chez une femme de 47 ans. La malade va très bien.

M. Reynier montre des pièces provenant d'un malade qui aurait succombé à l'*entrée de l'air dans les veines*, à la suite d'une plaie de la jugulaire lors d'extirpation d'une tumeur du cou.

M. Nicaise ne croit pas que ce soit là la cause de la mort du malade. Il n'est pas démontré que l'entrée de l'air dans les veines ait l'importance qu'on a voulu lui donner.

M. Terrier dit que c'est une question à étudier à nouveau, car elle est aujourd'hui fort obscure. La mort peut être due à une autre cause dans les cas rapportés.

M. Reynier maintient son interprétation.

Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ D'OPHTHALMOLOGIE DE PARIS.

Première séance du 3 juillet 1888. — Présidence de M. Chevallereau.

M. Chevallereau ouvre la séance en remerciant ses maîtres et ses confrères de lui avoir confié la direction des travaux de la Société nouvelle. La fondation de cette société tient à la nécessité de se serrer davantage, de se mieux comprendre, de se communiquer et de communiquer au monde savant les divers éléments de la production scientifique. Le Congrès de la Société française d'ophthalmologie ne suffit pas, par ses réunions annuelles, aux besoins de tous ordres des ophthalmologistes. Il y avait lieu de multiplier les séances tant dans l'intérêt de la science que dans celui des spécialistes. Bien des questions traitées par fragmentation, pour ainsi dire quotidienne, pourront être l'objet de discussions plus mûres au sein du Congrès, et, inversement, certaines idées présentées d'un seul trait dans la séance annuelle du Congrès pourront être étudiées en détails au sein de la Société. En un mot, la Société de Paris complète la Société française d'ophthalmologie.

M. Despagnet. — *Troubles de la nutrition des deux cornées à la suite de fièvre gastrique.* Les troubles oculaires consécutifs aux fièvres typhoïdes et paludéennes sont choses connues. Les fièvres passagères d'origine gastrique produisent, ainsi qu'on le sait (voir thèse de Godot), des éruptions vésiculeuses superficielles sur les paupières et la cornée. Ce qu'on sait moins, c'est qu'un embarras gastrique puisse s'accom-

pagner de troubles cornéens profonds. M. V..., 43 ans, a été pris, il y a deux ans, de symptômes mal déterminés : malaises, vertiges, digestions pénibles, vomiturition sans vomissement, langue saburrale, mauvaise odeur de l'haleine, intégrité des urines, intégrité du cœur et des autres organes. Soupçonnant de la sclérose artérielle, on lui prescrit un traitement ioduré qui rétablit l'équilibre. Il y a trois semaines les mêmes phénomènes se reproduisent ; cette fois il reste un léger souffle à la pointe ; régime lacté, eau de Vichy. Deux jours après, injection périkératique, brouillard devant les yeux ; infiltration des deux cornées grisâtres, surtout au centre, aucune réaction inflammatoire ; intégrité de l'iris et du fond de l'œil, la papille examinée par la périphérie ne présente aucune anomalie ; anesthésie cornéenne ; acuité = $\frac{1}{6}$; champ visuel normal ; intégrité de la cinquième paire ; collyre à l'ésérine ; 0.50 de sulfate de quinine tous les soirs. Fait intéressant : le malade affirme que tous les soirs il voit bien. Le 27 du mois dernier, l'injection périkératique étant profonde, on prescrit des sangsues ; amélioration de l'état local et de la santé générale. L'injection sclérale a cependant persisté, mais sans que la tension intraoculaire ait augmenté. L'orateur insiste sur l'absence de photopsie, de décomposition de la lumière, l'intégrité du champ visuel ; s'il s'agit d'un début de glaucome, il a en tous cas débuté à la suite de troubles gastriques. C'est ce que la suite de l'observation nous apprendra.

M. Parent. — Il serait utile de savoir quel est l'état de l'acuité visuelle au moment de l'amélioration vespérale. N'est-ce pas dû seulement à l'état de la pupille ?

M. Despagnet. — Cette régularité, jointe à cette circonstance que, malgré l'instillation d'ésérine, le malade voyait mal le matin, élimine l'idée de l'intervention de la pupille dans l'amélioration quotidienne.

M. Abadie. — Ces kératites de l'âge moyen de la vie sont arthritiques. D'ordinaire ulcéreuses, puis souvent infectieuses, elles s'accompagnent presque toujours de douleurs périorbitaires (Hazeau [illegible], Gillet de Grandmont). Le cas de M. Despagnet est unique : quoiqu'il en soit, elles guérissent ou à peu près par le sulfate de quinine et les sels de soude (salicylate, benzoate). S'agit-il de zonas frustes d'origine arthritique ? Peut-être !

M. Despagnet. — Mais pendant les premiers jours, époque à laquelle on constata le maximum des troubles diffus de la cornée, il y avait une espèce de phénomène inflammatoire.

M. Valude. — *Du naphthol dans les ophthalmies purulentes.* Les communications récentes de M. Budin à la *Société de Biologie*, ont été le point de départ des recherches suivantes, à la clinique de l'Hôtel-Dieu. M. Budin guérissant, de concert avec [illegible] des ophthalmies du nouveau-né par des lavages à une solution de naphthol β à $\frac{1}{[illegible]}$, M. Valude a cru devoir appliquer le naphthol α (le plus antiseptique) au traitement de toutes les variétés. Il s'agit ici de 4 ophthalmies blennorrhagiques chez l'adulte, 2 ophthalmies purulentes infantiles, [illegible] blennorrhea neonatorum types, soit en solution à 0.50 p. [illegible] soit [illegible] p. [illegible], mais sans cesser, dans des cas graves, de toucher au nitrate d'argent. Chez des jeunes enfants présentant des symptômes peu graves, les lavages et les compresses de naphthol sont suffisantes ; il en est de même chez l'adulte. En un mot, dans des ophthalmies purulentes quelconques graves, il faut lui associer le nitrate d'argent ; dans les ophthalmies purulentes quelconques bénignes, il suffit seul. Il semble avoir pour effet de faire disparaître le gonflement palpébral, d'amener, en un mot, la détente fluxionnaire, d'agir comme *résolutif de premier ordre* ; quant à la suppuration elle persiste aussi abondante, aussi opaque.

M. Parent recommande l'étude comparative du traitement classique et du traitement au naphthol sur les deux yeux du même sujet.

M. Abadie fait remarquer que M. Valude a obtenu un bon résultat du naphthol, alors que rien n'avait produit d'effet, dans l'ophthalmie scrofuleuse opiniâtre qui ressemble à l'ophthalmie purulente.

M. Gorecki ne comprend pas l'étude comparative au deux yeux, le plus habituellement inégalement atteints.

M. Galezowski. — Il y a lieu d'essayer le naphthol dans les ophthalmies croupales à exsudats adhérents à la conjonctive des enfants de deux à quatre ans ; car ils sont opiniâtres et ne cèdent à aucun moyen de traitement.

M. Despagnet présente à la société un exemple de *persistance du canal de Cloquet*, avec astigmatisme myopique composé, mais sans trace aucune de vaisseaux, ni sans canal pupillaire. — Il présente encore un cas de *cysticerque du corps vitré* bien caractérisé. Troubles de la vue de l'œil droit (flocons et masse noire mobile) ; à l'éclairage ophthalmoscopique, on trouve, en effet, un flocon blanchâtre, qui réfléchit fortement la lumière ; derrière le cristallin apparaît une extrémité antérieure en entonnoir qui se contourne d'avant en arrière, irrégulièrement et semble à mesure qu'on plonge dans le fond de l'œil, semer des opacités autour d'elles dans le corps vitré ; finalement on voit un appendice caudal ; le flocon est libre dans le corps vitré et n'adhère nulle part. M. Despagnet croit qu'il pourrait bien avoir affaire à un cysticerque mort dans sa vésicule, d'autant plus qu'à la partie inférieure de l'œil, on perçoit une tache donnant l'idée de la rupture de la rétine (rupture du sac).

M. Masselon croit que si l'on avait affaire à un cadavre de cysticerque la désorganisation serait plus grande ; il croit que la petite tache n'appartient pas à la rétine.

M. Despagnet. — La désorganisation augmente ; tous les jours les flocons augmentent.

M. Gorecki présente la *pièce anatomique d'un décollement de la rétine*. Il s'agit d'un enfant de cinq ans ayant présenté, il y a six mois à la suite d'un coup, des troubles de l'œil gauche ; il y a dix jours, attaque de glaucome et rougeur de la sclérotique au-dessus du corps ciliaire. Derrière le cristallin, on perçoit trois bosselures, donnant l'idée d'un gliome de la rétine ; vision abolie. Ablation de cette tumeur. Or, elle est constituée par un décollement de la rétine, en forme de parapluie, trilobé, occupant tout l'espace compris entre les deux chambres ; pas de gliome ; la rétine est soulevée par un épanchement purement fibrineux. En revanche, sur la choroïde existe un petit point, gros comme un granule de millet, noir, entouré d'une zone de choroïdite, qui représente le début d'un *sarcome choroïdien* (cellules rondes pigmentées) ; est-ce lui qui sous l'influence du traumatisme signalé ou spontanément a provoqué l'exsudat fibrineux, d'ailleurs très fluide, qui a décollé la rétine et l'a repoussée sur le cristallin ? Ou s'agit-il d'une coïncidence ? Une étude microscopique plus approfondie en dira plus long.

M. Gillet de Grandmont annonce qu'il vient de faire la *suture de la cornée* dans un cas de *blessure* grave. Une fillette de 3 ans avait reçu une pierre triangulaire dans l'œil gauche ; le cristallin et le corps vitré s'étaient dégagés, si bien que le lendemain on ne voyait plus rien. L'examen sous le chloroforme démontra que des fragments cornéens s'étaient renversés en dehors. On put les reprendre en les traversant par des fils aseptiques et obtenir la cicatrisation de cette blessure ; sans doute l'œil est d'un tiers plus petit, sans doute l'iris adhère derrière un leucome central, mais la déformation est très minime ; il n'y a pas de défiguration.

M. Parent rappelle que ceci a été fait aux Etats-Unis, par William, pour la cataracte.

M. Abadie. — La suture cornéenne est généralement impossible. La cornée saine ne se laisse pas traverser par des aiguilles. Dans un cas où un éclat de verre de lampe avait traversé et coupé le globe en pleine cornée, depuis la région ciliaire jusque dans les parties inférieures et où la cornée bayait largement, une suture de la conjonctive suffit pour maintenir les organes en place ; la large ouverture se combla de lymphe plastique ; en dix jours, les deux lèvres s'étaient rapprochées, si bien que la soudure eut lieu. La transparence du cristallin et des milieux persiste ; et, là même où la cornée était ouverte, la région demeura transparente.

M. Gorecki ne pouvant, dans un cas semblable à celui de M. Abadie, transpercer la cornée, se contenta de réunions conjonctives qui soutinrent la cornée. L'œil voit aujourd'hui aussi bien que s'il s'agissait d'une opération de cataracte ordinaire, bien qu'il y eut eu une blessure très irrégulière.

M. Despagnet a vu, dans un cas analogue à celui de M. Abadie, pratiquer des sutures sclérotiques et cornéennes ; l'œil fut conservé et garda un certain degré de vision.

M. Gillet de Grandmont. — Remarquez que mes lambeaux cornéens se trouvaient renversés en dehors du fait de la blessure tricuspide, et que je pus ainsi transpercer ces lambeaux. Quant aux sutures scléroticales, elles font craindre la blessure du corps ciliaire. La suture conjonctivale est, elle, très bonne.

M. Masselon présente un petit enfant de 2 ans atteint de *buphthalmie vraie congénitale avec troubles cornéens.* On lui a inséré, à l'équateur de l'œil, une petite canule analogue à celle de M. Martin, lui drainant ainsi le corps vitré par simple écoulement permanent. Sous l'influence de ce traitement, l'enfant voit de gros objets et ses cornées sont devenues transparentes.

M. Meyer a, en effet, constaté à Marseille que chez beaucoup d'individus ces canules demeuraient sans inconvénient en place dans les tissus cornéens, mais sans que la vision fut obtenue. Ici, il s'agit d'une application différente ; mais l'insertion est également permanente.

MM. Abadie, Meyer, Gorecki, Gillet de Grandmont, relativement aux moyens de traitement de la buphthalmie, rapportent qui des insuccès, qui des succès, soit par l'intervention chirurgicale, soit par l'ésérie. Il résulte de la discussion que les recherches nouvelles sont les bien venues. Il en est de la buphthalmie comme du glaucome ; il y en a autant d'espèces que de causes. P. Kéraval.

CORRESPONDANCE

Le mal de mer et son traitement par le chloral.

Paris, le 3 juillet 1888.

Mon cher Confrère,

Dans votre intéressant Bulletin du *Progrès médical* (23 juin 1888, p. 488) vous signalez l'insuccès de l'antipyrine comme traitement du mal de mer, et il semble bien que vous ayiez absolument raison.

De même vous indiquez le meilleur moyen de se mettre à l'abri du mal de mer : c'est de se coucher avant que le bateau se mette en marche. Assurément, c'est de tous les traitements le meilleur. Même, dans beaucoup de cas, il suffit ; et, quand la traversée n'est pas trop longue, on arrive, en restant dans la position horizontale, à supprimer presque complètement la nausée et le vomissement.

Cependant, il est des personnes délicates et susceptibles qui, malgré cette précaution, ressentent les effets du mal de mer avec une intensité effrayante. Dans les traversées assez nombreuses que j'ai faites, j'ai vu souvent, chez diverses personnes, malgré cet excellent moyen d'atténuation, un mal de mer très intense et très douloureux.

Or, dans quelques cas, j'ai constaté l'efficacité puissante d'un médicament que Giraldès avait à ce point de vue recommandé ; je veux parler du chloral qui, à dose modérée, diminue énormément l'excitabilité nerveuse, et qui, à dose forte, la fait entièrement disparaître.

Mais, le chloral, comme tout autre médicament, n'est efficace que si l'on sait s'en servir.

Il ne faut pas, en effet, le prendre alors qu'on est déjà malade. Il faut que l'ingestion précède l'état nauséeux. Sinon il est inefficace, et même, par son odeur et son goût désagréables, il suffit à provoquer le vomissement quand on a déjà le *cœur barbouillé.* On doit prendre le chloral *avant* de s'embarquer. Alors, avec une dose de 3 gr. de chloral environ, on est dans un état de semi-ébriété. Surtout qu'on n'essaye pas de résister au sommeil. Il faut se rendre dans sa cabine, se coucher aussitôt et se laisser aller au sommeil. On s'endort tout de suite, et, si l'on a soin d'avoir près de soi la potion chloralisée, on en prend quelques gorgées, chaque fois qu'on se réveille. Le temps passe ainsi avec une rapidité vraiment délicieuse, et on arrive sans encombre au terme de son voyage — je parle d'une traversée de 24 heures ou de 36 heures — ayant dormi tout le temps, mais n'ayant pas souffert. Ceux qui ont été atteints du *morbus nauticus* comprendront la valeur du mot *délicieux.*

Evidemment, il faut renoncer à l'agrément du voyage. Il ne faut pas songer à se promener sur le pont, à respirer la brise vivifiante et à regarder les goëlands qui se jouent sur les vagues. Mais ce n'est pas de cela qu'il s'agit. Il s'agit de s'épargner de cruelles souffrances et d'atteindre, sans vomissements incoercibles et nausées atroces, la rive opposée.

L'éther et le chloroforme m'ont paru aussi avoir des effets excellents. D'une manière générale, tous les anesthésiques réussissent ; mais, de tous, le chloral est le plus commode à manier et le plus inoffensif.

Pour ma part, je suis heureusement rebelle au mal de mer ; mais, quand la houle est forte, j'ai un sentiment de céphalalgie assez désagréable. Eh bien ! cette céphalalgie disparaît complètement quand je prends un gramme de chloral.

Je vous signale donc, d'une manière toute spéciale, l'efficacité du chloral : mais, je le répète, il n'est efficace — dans les cas de susceptibilité extrême, — que s'il est pris avant le départ du paquebot, de manière à ce qu'on soit couché et endormi quand le roulis et le tangage commencent.

Croyez à mes meilleurs sentiments, Charles Richet.

Nouveaux réactifs du suc gastrique.

Paris, 2 juillet 1888.

Monsieur le Directeur,

Le *Progrès médical* du 30 juin renferme une revue générale sur les nouveaux réactifs du suc gastrique et leur valeur clinique. Au début de ce travail, on lit la phrase suivante :

« Ces dernières communications de M. le Pr G. Sée et de MM. Mathieu et Raymond Durand-Fardel ne sont que l'écho et l'analyse des travaux et des théories émises à l'étranger depuis plusieurs années, par Ewald, Boas, Riegel, Jaworski, Gluzinski et Van der Velden. »

Nous ne voulons pas douter des bonnes intentions de l'auteur, mais vous nous permettrez de trouver ce jugement un peu sommaire.

Nous nous sommes donnés la peine de comparer expérimentalement et chimiquement les divers réactifs recommandés par les divers auteurs. Nous avons constitué une méthode que nous avons droit de considérer comme *personnelle,* parce qu'elle comporte une série d'opérations exécutées d'une *certaine* façon avec *certains* réactifs. Il en résulte une *combinaison* nouvelle, non usitée encore, que nous croyons supérieure aux autres méthodes. A l'aide du vert brillant nous avons recherché l'acide chlorhydrique, non pas seulement qualitativement, mais *quantitativement.* A l'aide de cette méthode nous avons contrôlé les travaux allemands, et nous avons rapporté des faits nouveaux. Une de nos observations (hyperchlorhydrie dans les vomissements nerveux), n'a pas d'analogue, à notre connaissance. Nous avons proposé la méthode des alcalins tardivement administrés, donnés longtemps après le repas. Il n'est donc pas très juste de dire que nous n'avons été qu'un écho, et que nous n'avons fait que l'analyse des travaux allemands. Evidemment nous nous en sommes inspirés, mais nous avons apporté une note personnelle : il nous est sensible de la voir méconnue,

Ceci est, à notre sens, une erreur d'appréciation. Il y a dans le travail de M. A. Raoult quelques points qui méritent d'être relevés.

Le réactif d'Uffelmann sert exclusivement à rechercher l'acide lactique ; c'est le réactif propre de cet acide. Le méthyl-violet n'a jamais été considéré comme un réactif de l'acide lactique, mais de l'acide chlorhydrique.

Le vert brillant, d'après M. Raoult, donne une coloration verte en présence d'une solution d'acide chlorhydrique à 1 pour 100, d'un vert jaunâtre avec une solution à 1.5 ou 2 pour 100 ; d'une teinte feuille morte avec une solution à 4 pour 100. Au lieu de 1 pour 100, 2 pour 100, 4 pour 100, c'est 1 pour 1000, 2 pour 1000, 4 pour 1000 qu'il fallait écrire. Autre erreur de chiffre : Ewald et Boas feraient ingérer 200 à 3000 centimètres cubes d'eau, aux repas d'épreuve. Pauvres malades !

Les quelques exemples que j'ai donnés suffisent pour montrer que l'auteur de l'article que nous critiquons n'a pris qu'une connaissance superficielle des recherches que nous avons entreprises en commun, le Pr G. Sée, Raymond Durand-

Fardel et moi et de nos diverses publications dans lesquelles la question se trouve exposée en détails.

Veuillez recevoir, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma parfaite considération. Albert MATHIEU.

En écrivant notre *Bulletin* sur les *réactifs du suc gastrique* nous n'avons nullement eu l'idée de faire la critique des travaux de MM. Durand-Fardel, Mathieu et G. Sée ; aussi, c'est avec surprise que nous avons lu la protestation de M. Mathieu.

La première phrase incriminée ne s'adressait qu'aux réactions du suc gastrique, qui ont été décrites par les auteurs que nous avons nommés, et que cite, du reste, M. le Pr G. Sée, dans ses mémoires à l'*Académie de médecine*. Nous n'avons fait, dans cet article d'ensemble, qu'un résumé des travaux relatifs au sujet en question, en rendant à chacun ce qui lui appartenait, mais nous n'avons pas dit que l'ensemble de la méthode n'appartînt pas à MM. G. Sée, Mathieu et Durand-Fardel. Nous prions notre contradicteur de croire que nous n'avons pas voulu un seul instant insinuer que ses travaux fussent ceux d'un plagiaire : aussi, nous regrettons que cette malencontreuse phrase ait pu le blesser.

A propos du *Vert brillant*, nous avons parlé à deux reprises de l'analyse *quantitative* faite au moyen de ce réactif, si nous avons eu le tort de l'attribuer à M. le Pr Lépine. — D'autre part, la thérapeutique de l'hyperchlorhydrie n'a pas été visée par nous dans la phrase citée plus haut, puisque, comme nous l'avons dit, nous ne parlions que des réactions du suc gastrique.

Nous avouons avoir fait une transposition au sujet du *réactif d'Uffelmann*, et c'est la seule erreur, croyons-nous, qui puisse nous être attribuée. En effet, ce réactif s'adresse à l'*acide lactique*. L'erreur vient d'une note que nous avons prise dans le livre de Jacksh (*Diagnostic des maladies internes*, p. 100), où sous le titre : « Recherche de l'acide Butyrique et acétique, » se trouve cette réaction ; ce n'est qu'à la fin de la phrase qu'il est question de l'acide lactique ; il nous était permis de croire qu'il y avait là une erreur d'impression. Et d'ailleurs, nous lisons dans le *Bulletin de l'Académie de médecine* (mémoire de M. G. Sée, séance du 17 janvier, page 76, ligne 25), les lignes suivantes :

« Dans ce dernier cas (acide sarcolactique), *de même aussi que si* l'acide provient des acides gras (*acide Butyrique*), le meilleur réactif est le perchlorure de fer phéniqué qui donne, d'après Uffman (lire sans doute Uffelmann), une coloration d'un gris cendré. »

Pour le *Méthyl-violet*, nous lisons toujours dans le *Bulletin de l'Académie de médecine* (séance du 17 janvier 1888, p. 76, dizième ligne, mémoire de M. le Pr G. Sée), cette phrase :

« Le méthyl violet : Laborde fut le premier à appliquer ce réactif, qu'il considère comme le signe de l'acide lactique, lequel serait l'acide prédominant de l'estomac, etc... »

Il est inutile de poursuivre plus loin l'explication que demande M. Mathieu, puisqu'elle nous est fournie, dans les deux cas, par M. le Pr G. Sée, lui-même.

Les erreurs de chiffres ne méritaient vraiment pas la peine d'être *ainsi* relevées ; n'ayant pas pu corriger nous-même les épreuves, nous ne savons si nous devons les attribuer à l'imprimeur ou au correcteur. Dans un autre bulletin, qui paraîtra sous peu sur le même sujet, nous nous proposions, d'ailleurs, de les rectifier.

Ceci dit, nous pouvons croire que M. Mathieu voudra bien se rendre compte que ce n'est pas *sans avoir pris connaissance* des mémoires de M. le Pr G. Sée, que nous avons écrit cette revue. A. RAOULT.

BIBLIOGRAPHIE

De la paralysie congénitale bilatérale de l'oculo-moteur externe et du facial; par P.-J. MOBIUS. *Munchener med. Wochenschr.*, 1888, n° 6.

Il s'agit d'un homme de 50 ans qui s'était présenté à la policlinique universitaire de Leipzig pour une paralysie des mains d'origine saturnine contractée en étendant sur des peaux une solution d'oxyde noir de plomb. Mais, en outre, on constatait une paralysie bilatérale des muscles de la mimique. Les yeux étaient grand ouverts, la conjonctive de la paupière inférieure présentait un bourrelet, les joues étaient flasques et tombantes, la bouche était à moitié entr'ouverte, tirée transversalement, avec la lèvre inférieure pendante. Presque tous les muscles de la face étaient complètement paralysés, le front était immobile, les yeux ne pouvaient être fermés. Les labiales étaient mal prononcées. La contractilité pour les courants faradique et galvanique avait complètement disparu dans la plupart des muscles innervés par le facial. Seuls, les muscles qui tirent les commissures en bas et en dehors présentaient aux deux courants une réaction normale, mais affaiblie. La réaction du muscle élévateur du menton était des plus faibles. Les muscles masséters et buccinateurs étaient parfaitement excitables. A la langue, au palais, etc..., rien de particulier ; pas de difficulté pour manger ou pour boire ; odorat, goût, ouïe très bons. — De plus, quand le malade regardait en bas, on remarquait qu'il se produisait un certain degré de convergence des yeux ; quand on lui disait de regarder soit à droite, soit à gauche, il ne pouvait le faire sans tourner la tête ; si on insistait pour le faire regarder de côté, on voyait se produire de la convergence des yeux, de façon que dans le regard à gauche le malade ne fixait qu'avec l'œil droit, dans le regard à droite avec l'œil gauche. Un phénomène de convergence analogue se produisit dans la vision monoculaire.

L'auteur se livre, un peu plus loin, à une discussion sur le point de savoir si le grand oblique était paralysé et si, comme le pensait le professeur A. Graefe, chez ce malade il y avait aussi une intégrité des droits internes, ce que ne pense pas l'auteur. M. Möbius a pu retrouver, dans la littérature, deux cas semblables : l'un, du professeur A. Graefe ; l'autre, de M. J. Chisolm, dans lesquels existait la paralysie bilatérale de l'oculo-moteur externe et du facial. Il rappelle les travaux de M. Féréol sur la question de la paralysie unilatérale de la 6e paire, ceux de M. Hunnius sur les relations de ces différents noyaux avec l'écorce cérébrale, etc... Chez le malade de M. Möbius il s'agissait d'une affection congénitale, et l'auteur rappelant la coexistence chez ce malade de doigts palmés, pose la question d'une absence congénitale des noyaux de la 6e et de la 7e paire ; il envisage aussi l'hypothèse d'une syphilis fœtale et insiste en terminant sur l'affinité élective que présentent les poisons de l'organisme pour les noyaux moteurs des yeux ou tout au moins sur le manque de résistance de ceux-ci vis-à-vis de ceux-là. Une photographie du malade, jointe au texte, montre l'aspect singulier de la face et sa ressemblance avec celui que l'on observe dans la myopathie primitive progressive à type facial, affection qu'un examen soigneux des muscles des membres permettra toujours de distinguer de l'affection décrite par M. Möbius. PIERRE MARIE.

VARIA

Service de Santé de la Marine.

Le corps de santé de la marine est chargé d'assurer le service médical et pharmaceutique dans les hôpitaux et arsenaux maritimes, sur les bâtiments de la flotte, dans les colonies, dans les régiments d'artillerie et d'infanterie de marine. L'organisation de ce corps est réglée par les décret et arrêté du 24 juin 1886. Les officiers du corps de santé de la marine sont placés sous le régime de la loi du 19 mai 1834 concernant l'état des officiers. La hiérarchie du corps comprend les grades ci-après :

Service médical. — Directeur du service de santé ; médecin en chef ; médecin principal ; médecin de première classe ; médecin de deuxième classe, titulaire ou auxiliaire.

Service pharmaceutique. — Pharmacien en chef ; pharmacien principal ; pharmacien de première classe ; pharmacien de deuxième classe, titulaire ou auxiliaire.

Le recrutement du corps de santé de la marine a lieu par la nomination, sans concours, à l'emploi de médecin ou de pharmacien auxiliaire de deuxième classe, de candidats âgés de moins de vingt-huit ans et justifiant de la possession du diplôme de docteur en médecine ou du titre de pharmacien universitaire de première classe. Tout candidat à l'emploi de médecin ou de pharmacien auxiliaire de deuxième classe doit être français ou naturalisé français et joindre à l'appui d'une demande adressée au ministre de la Marine et des Colonies (direction du personnel — 1er bureau) : 1° son acte de naissance ; 2° son diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien universitaire de première classe, suivant qu'il se destine à la médecine ou à la pharmacie ; 3° Un certificat délivré par un médecin militaire ou un médecin de la marine constatant qu'il est propre au service mi-

[illegible]itaire ; 4° un certificat de bonne vie et mœurs et un extrait pour néant du casier judiciaire ; 5° un certificat constatant sa situation au point de vue de la loi sur le recrutement de l'armée. Les médecins et pharmaciens auxiliaires de deuxième classe portent l'uniforme et reçoivent la solde et les accessoires de solde des médecins et pharmaciens titulaires de deuxième classe. Les docteurs en médecine ou les pharmaciens universitaires de première classe nommés médecins ou pharmaciens auxiliaires de deuxième classe, sont dirigés sur l'une des trois écoles de médecine navale de Brest, Rochefort ou Toulon, où ils suivent, pendant six mois, des cours d'hygiène navale et de pathologie exotique. A l'expiration de cette période, ils sont employés en sous-ordre, soit à la mer, soit aux colonies. Après deux années passées en qualité de médecin ou de pharmacien auxiliaire de deuxième classe, ils sont promus au grade de médecin ou de pharmacien titulaire de deuxième classe. Ils reçoivent alors, s'ils contractent l'engagement de servir 10 ans dans la marine, une somme représentant le montant des frais universitaires résultant de l'obtention du titre de docteur en médecine ou celui de pharmacien universitaire de première classe. Les médecins ou pharmaciens de deuxième classe, comptant deux années dans ce grade, peuvent passer médecins ou pharmaciens de première classe, soit au choix, soit à l'ancienneté. Les médecins ou pharmaciens de première classe, les médecins ou pharmaciens principaux, les médecins en chef peuvent être promus au grade supérieur lorsqu'ils comptent au moins trois années dans leur grade, dont deux ans à la mer ou aux colonies. Il est compté pour la retraite quatre années de services, à titre d'études préliminaires, aux officiers du corps de santé admis avec les diplômes universitaires dans la marine.

Solde annuelle des Officiers du Corps de Santé suivant les positions qu'ils occupent.

GRADES	SOLDE à LA MER	SOLDE A TERRE. Dans les ports. Solde de grade	Indemnité de logement	Totaux	Aux colonies. Solde de grade	Indemnité de logement	Totaux
	fr.	fr.	fr.	fr.	fr.	fr.	fr.
[illegible] de première cl.	»	12.012	1.212	13.224	»	[illegible]	»
[illegible] de deuxième cl.	»	10.004	1.212	11.21[illegible]	»	[illegible]	[illegible]
Médecins et pharm. en chef	9.814	8.185	96[illegible]	[illegible] 151	1[illegible].686	1,[illegible]2	12.61[illegible]
Médecins et pharm. principaux.	[illegible].745	5.608	72[illegible]	[illegible].328	7[illegible]1	1.440	9.0[illegible]
Médecins et pharm. de 1re cl.	4.168	3.486	[illegible]60	3.846	5.722	72[illegible]	[illegible]
Médecins et pharm. de 2e cl. [illegible]	3.[illegible]21	2.530	[illegible]	2.[illegible]8	[illegible]	[illegible]2	[illegible]

Tarif des pensions de retraite pour ancienneté de services (art. 9 de la loi du 18 avril 1831).

GRADES	MINIMUM à 25 ou 30 ans de [illegible]	ACCROISSEMENT pour chaque année de service au-delà de 25 ou 30 ans	MAXIMUM [illegible]
	fr.	fr.	fr.
[illegible]	6 000	100	[illegible]
[illegible]	4 50[illegible]	7[illegible]	[illegible]
[illegible]	3 0[illegible]	[illegible]	[illegible]
Médecins et pharmaciens de 1re classe.	2 300	[illegible]	[illegible]
Médecins et pharmaciens de 2e classe, [illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Un crime à l'hôpital Saint-Louis.

Au commencement du mois, [illegible] l'hôpital Saint-Louis, [illegible] convenablement vêtue. Elle déclara [illegible] état de grossesse avancée [illegible] de Rouen [illegible] faire ses couches à Paris. L'hôpital [illegible] ses portes, et, dès le surlendemain, elle [illegible] Ou [illegible] soins.

— [illegible] je ne veux pas le garder [illegible]

[illegible] M[illegible] M[illegible] [illegible] — [illegible] pas le [illegible] — Mais, [illegible] l'enfant [illegible] — Est-il possible de dire cela ! [illegible] Mme M..., [illegible]

Le commissaire de police fut prévenu. De son enquête, il résulte que Mme M..., a étouffé son enfant. Il a consigné cette mère dénaturée à sa disposition.

On sait que l'hôpital Saint-Louis est encore entre les mains des sœurs Augustines ; aussi les journaux hostiles à la laïcisation ne font aucune réflexion. Si un pareil fait se produisait dans un hôpital laïque, ils s'empresseraient d'en tirer argument contre les surveillantes laïques, qu'ils accuseraient de négligence dans leur service.

Concert aux aliénés de Bicêtre.

Comme tous les ans, à pareille époque, a eu lieu le concert offert par les frères Lionnet [illegible] artistes. La fête a débuté par un chœur chanté par les enfants et un certain nombre d'adultes. Un grand nombre d'artistes, dont la plupart avaient déjà prêté leur concours à la fête de la Salpêtrière [illegible] Mmes [illegible], Mlle [illegible], Degrandi, de l'Opéra Comique, Mlle [illegible] du Conservatoire, Mlle Madeleine Godard, violoniste, MM. [illegible], Bertin, Baron, Fugère, de l'Opéra-Comique, [illegible] de l'Opéra ; [illegible] Fugère, de l'Ambigu. Après le concert, un banquet a réuni les artistes et les invités sous la présidence de M. Peyron qui a porté un toast de remerciements aux artistes, auquel Clovis Hugues [illegible] a répondu. Avant de se séparer, les artistes ont pour la plupart [illegible] manière d'acheter quelques-uns de leurs meilleurs [illegible].

Monstruosité curieuse.

Il y a actuellement au Muséum d'histoire naturelle de Paris une monstruosité très curieuse, que les médecins verront avec plaisir. Il s'agit d'une truie monstrueuse, âgée de 8 mois, *vivante*, pouvant être utilisée pour des recherches physiologiques et des études embryologiques. C'est un *monstre double* monocéphalien, d'un genre très rare et fort mal connu ; c'est un *Thoradelphe*. On en trouvera une description détaillée dans le numéro de la *Nature* du 7 juillet 1888. M. B.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 9. — Examens avant midi à 9 heures. 1er *de Doctorat* (1re Série) : MM. Gautier, Lutz, Blanchard ; — (2e *Série*) : MM. Gariel, Bourgoin, Pouchet. — Examens avant midi à 1 heure. 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Baillon, Bouchardat, Hanriot ; — 2e *Série* : MM. Gautier, Bourgoin, Blanchard ; — 3e *Série* : MM. Gariel, Lutz, Villejean. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Straus, Remy, S[illegible]. Ch. Richet, Reynier, A. Robin. — 3e *de Doctorat* (1re partie) (1re *Série*) : MM. Guyon, Ribemont-Dessaignes, Jalaguier ; — 2e *Série* : MM. Delens, Pinard, Reclus ; — 2e partie ; MM. Potain, Fournier, Brissaud.

MARDI 10. — Examens avant midi à 9 heures. 1re *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Baillon, Lutz, [illegible] ; — 2e *Série* : MM. Gautier, Bouchardat, Blanchard. — Examens avant midi à 1 heure. 1er *de Doctorat* : MM. Gariel, Lutz, Bouchard. — 2e *de Doctorat* (1re partie) : MM. [illegible], Lannelongue, Poirier. — 3e *de Doctorat* (1re partie) (1re *Série*) : MM. Richet, Bouilly, Schwartz ; — 2e *Série* : MM. Laboulbène, Brun, Chauffard ; — 2e partie : MM. Jaccoud, Peter, Ballet ; — 1re partie (Hôtel-Dieu) : MM. Duplay, Peyrot, Campenon ; — 2e partie (1re *Série*) : MM. Bouchard, Fernet, Hanot ; — 3e *Série* : MM. Cornil, Ball, Hutinel.

MERCREDI 11. — Examens avant midi à 9 heures. 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Baillon, Lutz, Bouchardat ; — 2e *Série* : MM. Bourgoin, Pouchet, Villejean. — Examens avant midi à 1 heure. 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Regnauld, Bouchardat, Blanchard ; — 2e *Série* : MM. Gariel, Bourgoin, Villejean. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Hayem, Ch. Richet, A. Robin. — 3e *d'Officiat*, définitif : MM. Damaschino, Straus, Reynier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Delens, Jalaguier, Remy ; — 2e *Série* : MM. Guyon, Marc Sée, Pinard.

JEUDI 12. — Examens avant midi à 9 heures. 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Gautier, Lutz, Villejean ; — 2e *Série* : MM. Bourgoin, Hanriot, Pouchet. — Examens avant midi à 1 heure. 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Panas, Quénu, Polaillon ; — 2e *Série* : MM. Bouchard, Peyrot, Poirier ; — 2e partie : MM. Laboulbène, Mathias-Duval, Bouilly. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Richet, Lannelongue, Campenon. — 4e *de Doctorat* : MM. Peter, Dieulafoy, Ballet.

VENDREDI 13. — Examens avant midi à 9 heures. 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Gariel, Lutz, Pouchet ; — 2e *Série* : MM. Gautier, Bourgoin, Villejean. — Examens avant midi à 1 heure. 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard. —

(1) Voir *Progrès médical*, n° 26, p. 517.

(2e *Série*) : MM. Bourgoin, Hanriot, Villejean. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Fournier, Jalaguier, Raymond. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Trélat, Pinard, Reynier ; — 2e *Série* : MM. Delens, Ribemont-Dessaignes, Reclus ; — 2e partie : MM. Hayem, Straus, Brissaud.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mercredi 11. — M. Patron. Contribution à l'étude de la récidive des sarcomes des membres. — M. Seigneur. La dentition pendant les deux premières années. — M. Goulez. Du traitement des tumeurs érectiles par l'excision partielle. — M. Bouland. Du zona bilatéral compliqué d'herpès généralisé. — M. Mercier. De la colite chronique. — M. Marty. Lupus du larynx. — *Jeudi* 12. — M. Yovanovitch. Entomologie appliquée à la médecine légale. — M. Scialon. Des vergetures du thorax. — M. Luquet. Contribution à l'étude des corps jaunes. — M. Penasse. Contribution à l'étude des méningites chroniques et spécialement d'une terminaison fréquente chez les enfants, l'idiotie. — M. Lancial. Sthrombrose des sinus veineux de la dure-mère. — M. Arragon. Documents relatifs à la fièvre jaune. — *Vendredi* 13. — M. Leroux. Contribution à l'étude du zona chez les tuberculeux. — M. Batille. Diagnostic précoce de la phthisie pulmonaire commune. — M. Pavlidès. Arthropathie tabétique du pied. — M. Furet. Contribution à l'étude de l'hystérie dans ses rapports avec divers états morbides.

Enseignement médical libre.

Clinique ophthalmologique du Dr DE WECKER, 55, rue du Cherche-Midi. — *Cours cliniques* par M. DE WECKER, les lundi, mercredi et vendredi de 3 à 5 heures. M. le Dr MASSELON, chef de clinique, fait des cours particuliers d'ophthalmoscopie, de réfraction et de chirurgie oculaire.

NÉCROLOGIE

M. le Dr Thomas Blizard CURLING.

M. le Dr Thomas Curling vient de mourir. On doit, entre autres travaux, à ce distingué chirurgien, les mémoires suivants : *A treatise on tetanus* (Prix Jackson de 1834), Londres 1836 et Philadelphie 1887. — *A practical treatise of the diseases of the testis and of the spermatic cord and scrotum*, édité par Goddard à Philadelphie ; 1re édition de 1843, 2e édition revue et augmentée en 1856. C'est cet ouvrage que M. le Pr Gosselin a traduit en français (1857) en y ajoutant des notes nombreuses. — *The introductory address delivered at the London Hospital School of medicine* (on medical education, the manner and spirit in which it should be pursued), London 1846. — *The advantages of ether and chloroform in operative surgery*, London 1848. — *Inquiry in to the treatment of congenital inperfections of the rectum by operation, founded on an analysis of one hundred cases*, London, in *Med. chir. Trans.*, 1850. — *Observations on the diseases of the rectum*, London, 1861. — Curling a collaboré avec Bristowe, Wardell, Begbie, Habershon et Ransom à la rédaction de *Diseases of the intestines and peritoneum*, 243 p., New-York, 1879. Son portrait a été publié dans *Med. Prof. in all Countries*, London, 1873, i, no 9.

Marcel BAUDOUIN.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 24 juin 1888 au samedi 30 juin 1888, les naissances ont été au nombre de 1193, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : legitimes, 447 : illégitimes, 160. Total, 607. — *Sexe féminin* : legitimes, 442 ; illegitimes, 144. Total, 586.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 24 juin 1888 au samedi 30 juin 1888, les décès ont été au nombre de 841, savoir : 443 hommes et 398 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 3, F. 5. T. 8. — Variole : M. 0, F. 1, T. 1. — Rougeole : M. 6, F. 9. T. 15. — Scarlatine : M. 4, F. 0, T. 4. — Coqueluche : M. 2, F. 1. T. 3. — Diphthérie, Croup : M. 8 F. 16, T. 24. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 111, F. 67. T. 178. — Autres tuberculoses : M. 15, F. 12. T. 27. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 6. T. 6. — Tumeurs malignes : M. 17, F. 32. T. 49. — Méningite simple : M. 19, F. 12. T. 31. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 22, F. 18. T. 40. — Paralysie : M. 0, F. 1. T. 1. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 0. T. 5. — Maladies organiques du cœur : M. 17, F. 28. T. 45. — Bronchite aiguë : M. 5, F. 4 T. 9. — Bronchite chronique : M. 12, F. 16. T. 28. — Broncho-Pneumonie : M. 8, F. 7. T. 15. — Pneumonie M. 19. F. 22. T. 41. — Gastro-entérite, biberon : M. 24, F. 17. T. 41. — Gastro-entérite, sein : M. 7, F. 5. T. 12 — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 4. T. 6.— Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 9. T. 9. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2. T. 2. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 13, F. 5, T. 18. — Sénilité : M. 8, F. 14. T. 22. — Suicides : M. 6, F. 3 T. 9. — Autres morts violentes : M. 3. F. 3. T. 6. — Autres causes de mort : M. 100 F. 76. T. 176. — Causes restées inconnues : M. 7. F. 3. T. 10.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 86, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 35, illégitimes, 13. Total : 48 — *Sexe féminin* : légitimes, 23; illégitimes, 15. Total : 38.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. WELD a soutenu le 3 juillet 1888, à 8 h. 1/2 du matin, devant la Faculté des sciences de Paris, pour obtenir le diplôme de docteur ès sciences physiques, une thèse intitulée : *Constitution à l'étude des nouveaux dérivés des éthers acétylcyanacétiques*. — M. GOURÉE DE VILLEMONTÉE a soutenu, le 5 juillet, dans le même but, une thèse intitulée : *Recherches sur la différence du potentiel au contact d'un métal et d'un liquide*. — Le jeudi 12 juillet 1888, à huit heures et demie, M. VAUTIER soutiendra, pour obtenir son diplôme de docteur ès sciences physiques, une thèse intitulée : *Recherches expérimentales sur la vitesse d'écoulement des liquides par un orifice en mince paroi*. — Le même jour, à deux heures et demie, M. TOPSCUT soutiendra, pour obtenir son diplôme de docteur ès sciences naturelles, une thèse intitulée : *Contribution à l'étude des Clionides*. — Le mardi 24 juillet 1888, à 8 heures et demie du matin, M. Ch. MAURICE soutiendra, pour obtenir son diplôme de docteur ès sciences naturelles, une thèse intitulée : *Monographie d'une espèce d'Ascidie composée (Fragaroides aurantiacum)*.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. *Concours du clinicat chirurgical*. — Les épreuves sont commencées. La composition écrite a été : *Région sous-ombilicale de la paroi abdominale antérieure ; des fistules stercorales*. La question donnée à l'épreuve de médecine opératoire a été : *Désarticulation du pied*. — *Concours du prosectorat*. La question donnée pour l'épreuve d'anatomie descriptive a été : *Tendons et muscles moteurs du gros orteil et de son métatarsien*. La question posée à l'épreuve de physiologie a été : *Corde du tympan*. — *Concours de clinicat médical*. Sont nommés : MM. DUFLOCQ et FOUBERT, chefs de clinique titulaires ; chefs de clinique adjoints : MM. Ménétrier et Hischmann, anciens internes des hôpitaux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. VALUDE, chef de clinique ophthalmologique, est prorogé dans ses fonctions jusqu'au 1er novembre 1889.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Le concours pour le clinicat médical vient de se terminer par les nominations suivantes : Chefs de clinique : MM. Blanc-Fontenille et Aucher. Chefs de clinique adjoints : MM. Cassart et Martin-Dumagny. — Des concours s'ouvriront, le 7 janvier 1888, à ladite Faculté, pour deux emplois de suppléants à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, savoir : 1° suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes ; 2° suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes, et de clinique obstétricale. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture de chacun desdits concours.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LIMOGES. — M. BESNARD DU TEMPLE, pharmacien de 1re classe, est maintenu pour une période de trois ans, à partir du 19 juin 1888, dans les fonctions de chef des travaux chimiques à ladite école.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE MONTPELLIER. — Un concours s'ouvrira le 4 décembre 1888 à ladite Ecole, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'école de médecine et de pharmacie d'Alger. Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ECOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — Un concours aura lieu, le 7 janvier 1889, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

ECOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — Un concours aura lieu, le 7 janvier 1889, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims.

ECOLE DE MÉDECINE DE TOURS. — Un concours aura lieu, le 4 février 1889, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.

HÔPITAUX DE PARIS. *Concours pour trois places de médecins du bureau central.* — Le concours est terminé. Sont nommés MM. les Drs GILBERT, MARIE et NETTER, anciens internes des hôpitaux. — Nous adressons à notre dévoué collaborateur et ami, M. le Dr Pierre MARIE, nos plus sincères félicitations.

HÔPITAUX DE LYON. *Mutations dans les services de médecine.* — M. le professeur O. MAYET, arrivé au terme de ses fonctions comme médecin des hopitaux, vient de quitter son service à l'Hôtel-Dieu. Par suite de ce départ, M. J. DRIVON passe de l'hôpital Saint Pothin à l'Hôtel-Dieu ; M. BOUVERET va de l'hopital de la Croix-Rousse à Saint-Pothin, et M. GAREL entre comme titulaire à l'Hopital de la Croix-Rousse.

HOSPICES CIVILS DE SAINT-ETIENNE. — L'administration prévient que le lundi, 10 décembre 1888, un Concours public pour une place de chirurgien sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Le concours aura lieu devant le Conseil d'administration, assisté d'un jury médical ; il durera cinq jours et se composera de cinq épreuves. Le chirurgien nommé entrera en fonctions le 1er janvier 1889. Son traitement sera de 1500 francs par an. S'adresser, pour les conditions particulières, au Secretariat, rue Vallenoite, 10. — Un concours sur titres sera ouvert le mardi 7 août, pour une place de pharmacien.

HÔPITAL CANTONAL DE GENÈVE. — Nous lisons dans le *Rapport de la Commission administrative de l'hôpital cantonal de Genève* pour 1887, que 1,200 francs de prix ont été accordés cette année aux infirmiers et aux infirmieres laïques de cet établissement. En décembre, la Commission a voté une somme de 1,400 francs pour gratifications de fin d'année aux employés. La Commission a aussi augmenté le traitement de 3 infirmiers et 4 infirmières.

COLLÈGE DE FRANCE. — M. MALARD, préparateur-adjoint de zoologie, est nommé chef des travaux pratiques du laboratoire de zoologie (annélides, mollusques et zoophytes) de l'Ecole pratique des Hautes-Etudes (section des sciences naturelles), en remplacement de M. Bouvier, appelé à d'autres fonctions.

COMITÉ D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. — M. le Dr DU MESNIL, medecin de l'asile national de Vincennes, auditeur près le Comité consultatif d'hygiène publique de France, a été nommé secrétaire de ce Comité, en remplacement de M. le Dr Vallin, démissionnaire.

CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE. — Nous rappelons à nos lecteurs que ce Congrès doit avoir lieu à Paris du 25 au 31 juillet 1888. Adresser les cotisations à M. Petit, 11, rue Monge.

CONSEILS ACADÉMIQUES. — Par suite d'élections et de nominations, ont été nommés dans les divers conseils académiques ci-après désignés. — *Paris* : MM. Brouardel, Henrot, Luton, Jaccoud, Milne-Edwards, Planchon ; — *Aix* : MM. Chapplain, Heurrct et Livon ; — *Besançon* : MM. Bruchon et Saillard ; — *Bordeaux* : MM. Moussous, Perrens et Pitres ; — *Caen* : MM. Bourienne, Dumenil et Pennetier ; — *Clermond-Ferrand* : MM. Gagnon et Ledru ; — *Dijon* : MM. Gautrelet et Maillard ; — *Douai* : MM. Lenoel, Mollien, Paquet et Wannebrouck ; — *Grenoble* : MM. Allard et Berger ; — *Lyon* : MM. Gailleton et Lortet ; — *Montpellier* : MM. Bertin-Sans, Castan, Diacon et Soubeiran ; — *Nancy* : MM. Bleicher, Coze et Tourdes ; — *Poitiers* : MM. Chedevergne, Danner, Raymondaud et Robert ; — *Rennes* : MM. Delacour, Laennec, Lefeuvre et Meleux ; — *Toulouse* : MM. Basset et Caubet.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — M. LESQUENDIEU, aide-médecin, docteur en médecine, a été promu au grade de médecin de 2e classe.

EPIDÉMIES. — La fièvre jaune sévit avec intensité à Rio-de-Janeiro. La maladie a des allures très graves cette année.

EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE ET DE LA PHARMACIE. — Une curieuse affaire vient de se dérouler devant le tribunal de Saint-Gaudens (Haute-Garonne). M. H. B...., officier de santé à S.-P., adresse une plainte au parquet contre M. E. V., pharmacien dans la même commune, pour exercice illégal de la médecine ; ce dernier répond en dénonçant le médecin comme faisant illégalement de la pharmacie. Les deux plaignants, reconnaissant mutuellement leurs torts, le tribunal les condamne à 25 francs d'amende chacun (*Echo*).

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. *Excursion géologique.* — M. Stanislas MEUNIER, docteur ès sciences, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique, le dimanche 8 juillet 1888, à St-Sulpice, Ableiges, Noailles et Pendron. — On verra : Le Gault phosphaté, la Gaise, la Craie, les sables de Bracheux, etc. Départ, gare du Nord, à 6 h. 5 pour St-Sulpice. Retour à Paris à 9 h. 20. Pour profiter de la réduction de 50 0/0 accordée par le chemin de fer, il est indispensable de verser le montant de la demi-place au Laboratoire de géologie avant samedi à 4 heures.

NOMINATIONS. — MM. les Drs MOURONVAL et DAUDÉ sont nommés membres du comité d'inspection et d'achats de livres pour les bibliothèques d'Avesnes et de Marvejols.

REVUE PHILOSOPHIQUE. Sommaire du no de juillet 1888 (13e année). — HERBERT SPENCER : La morale de Kant. — G. TARDE : La dialectique sociale. — CALINON : Les notions premières en mathématiques. — LECHALAS : Sur l'agrandissement des astres à l'horizon. — Variétés. — Analyses et comptes rendus. — Revue des périodiques étrangers — Nécrologie. — *Abonnements* : Un an, Paris, 30 fr. ; départements et étranger, 33 fr. ; la Livraison, 3 fr.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Ordre du jour de la séance du lundi, 9 juillet 1888, à 4 heures très précises, au Palais de Justice, dans la salle des Référés : 1° Lecture et adoption du procès verbal de la séance précédente. — 2° Rapport de la Commission chargée de l'examen du travail de M. Linossier, de Lyon. — 3° Rapport de la Commission sur la candidature de M. Minovici (associé étranger). — 4° Rapport de la Commission : *Vente des vins de quinquina par les marchands de vins et les limonadiers.* — 5° Suite de la discussion du mémoire de M. le Dr Vibert : *Des traumatismes consécutifs aux accidents de chemins de fer.* — 6° Communications diverses.

SOCIÉTÉ DE PHYSIOLOGIE DE WASHINGTON. — Une Société de physiologie vient de se fonder à Washington. Sa première réunion annuelle aura lieu au mois de septembre prochain.

NÉCROLOGIE. — M. Jules CLOUET, pharmacien, licencié ès sciences, mort à 40 ans ; il était professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Rouen, depuis 18 ans. Ancien interne en pharmacie des hopitaux de Paris, M. Clouet enseigna d'abord la pharmacie et la toxicologie ; puis, lors de la réorganisation des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, sa chaire fut transformée en chaire de chimie. Il était membre d'un grand nombre de sociétés savantes ; on lui doit plusieurs mémoires sur les sciences chimiques et naturelles, et un certain nombre d'articles parus dans le *Dict. Encyc. de l'industrie et des Arts industriels*, etc. Il lègue à l'Ecole de Rouen une précieuse collection de minéralogie. Il était officier d'académie et occupait à Rouen, comme chimiste et comme expert de médecine légale, la plus grande situation (*Norm. méd.*). — M. le Dr BUISSON (d'Evreux). — M. Lucien FORQUIGNON, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Besançon. M. Forquignon est l'auteur de travaux remarquables sur la *composition des fontes*, et d'un livre bien connu sur les *Champignons*. — M. le Dr Louis NADAUD, médecin des enfants assistés à Bourges, reçu en 1864. M. le Dr Nadaud avait exercé très longtemps à Ruffec. — M. le Dr NOELAS (Frédéric), bibliothécaire et conservateur du musée de Roanne, décédé le 26 mai dernier. Il était né à Arfeuilly, le 1er septembre 1830. Depuis plusieurs années il se livrait à des études d'archéologie et d'histoire. (*Loire médicale*). — M. le Dr Raymond-Emile SOLMON, ancien interne des hopitaux de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu de Troyes. Il avait été reçu interne en 1868 ; il est mort à 42 ans. Sa thèse a pour titre : *Rétrécissement acquis de l'artère pulmonaire.* — M. le Dr HAGEN, professeur honoraire à la Faculté d'Erlangen. — M. le Dr MONTET (de Vevey, Suisse).

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VIII. N° 28. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 14 JUILLET 1888.

Le Progrès Médical

ANATOMIE

Sur les anastomoses du nerf médian et du nerf musculo-cutané au bras et sur l'anastomose du médian avec le cubital à l'avant-bras ;

Par **Ch. Debierre**, professeur d'Anatomie à la Faculté de Lille.

Les anomalies des nerfs, longtemps considérées comme exceptionnelles, sont aussi fréquentes peut être que les anomalies musculaires et artérielles. Il en est ainsi, en particulier, pour les nerfs du membre supérieur. — Récemment, un anatomiste distingué, H. Hartmann, prosecteur à la Faculté, insistait sur ce point avec de nombreux faits à l'appui (1).

En raison des conséquences physiologiques et pathologiques qui en découlent, ces anomalies ou variétés dans le trajet, les anastomoses et la distribution des nerfs prennent un grand intérêt pour le physiologiste, le médecin ou le chirurgien, et demandent que leur étude ne soit pas négligée. Pour aujourd'hui, je me contententerai d'aborder quelques-unes des variétés nerveuses que j'ai observées au membre supérieur (*fig.* 3).

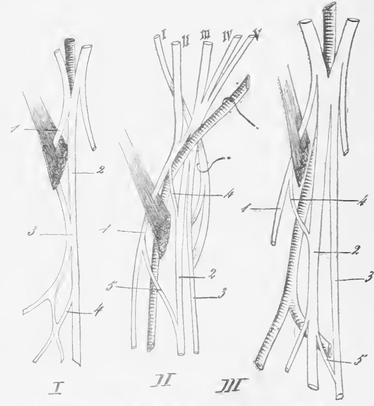
I. L'anastomose du médian et du nerf musculo-cutané au niveau du bras, mentionnée ou figurée par par certains auteurs, totalement oubliée par d'autres. *est la règle.* — Cette anastomose, ordinairement assez fine, est très oblique en bas du nerf musculo-cutané vers le médian, moins fréquemment du médian vers le musculo-cutané, et siège à l'habitude au tiers inférieur du bras. — Elle a été notée 28 fois sur 41 cas par Gegenbaur (*Jenaisch Zetschr. f. Med. u Naturwissench*, t. III, 258).

II. R. Hartmann (*loc. cit.*, p. 155) a noté dans son travail une deuxième anastomose du médian et du musculo-cutané au niveau du bras, et Testut (*Journ. de l'Anat.* 1883, p. 103) et Villar (*Bull. Soc. anat.*, Paris 1887, p. 192) ont observé entre les deux mêmes nerfs une véritable anastomose plexiforme.

Je n'ai pas eu l'occasion de voir des anastomoses aussi multiples, mais ce que j'ai rencontré, c'est une *deuxième anastomose oblique*, parallèle à l'anastomose classique entre le médian et le musculo-cutané. L'union physiologique entre les deux nerfs était ainsi plus parfaite, car ce n'était pas là, je le dis de suite, une *anastomose en ellipse* du genre de celles que H. Hartmann a si bien décrites : il n'y avait pas simple accolement entre les filets nerveux des deux nerfs et l'écartement n'arrivait pas à les désunir.

III. J'ai enfin observé au bras, deux fois sur une cinquantaine de sujets, une *troisième anastomose* entre le médian et le musculo-cutané. Elle a lieu entre les deux nerfs de la façon suivante : à sa sortie du muscle coraco-brachial le nerf musculo-cutané se rapproche du nerf médian et tout son tronc s'accole intimement et pendant un certain trajet, assez court d'ordinaire, avec le tronc du médian. Il y a à cet endroit une sorte de nœud formé par l'union des deux nerfs, et il est indubitable qu'à ce niveau il y a échange de filets nerveux entre les deux nerfs ou passage de certains filets de l'un dans le tronc de l'autre, car ici encore l'écartement des nerfs ne peut rompre l'anastomose.

Cette anastomose est un pas pour ainsi dire vers la fusion totale du musculo-cutané dans le médian. Cette fusion complète, observée par J. Cruveilhier, Damas, Gegenbaur, Grüber, A. Broca (voyez A. Broca, *Bull. Soc. anatomique*, p. 158, 1888), je l'ai moi même constatée dans l'un de mes deux sujets, car après l'anastomose des deux nerfs, le tronc du musculo-cutané ne s'était pas reformé : les filets que ce nerf fournit au niveau du bras, provenaient du tronc du médian. — C'est encore là une preuve indubitable que dans tous les cas d'union du médian et du musculo-cutané au bras, il n'y a pas seulement anastomose en ellipse facilement résoluble par l'écartement méthodique.



[illegible] 3. — Anastomoses du nerf [illegible] et du nerf musculo-cutané au bras et [illegible] médian [illegible] à l'avant-bras.

I. — 1, nerf musculo-cutané; — 2, nerf médian; — 3, anastomose du médian et du musculo-cutané; — 4, seconde anastomose.
II. — 1, nerf musculo-cutané; — 2, médian; — 3, [illegible] — 4, anastomose oblique supérieure; — 5, anastomose [illegible].
III. — 1, musculo-cutané; — 2, médian; — 3, cubital; — 4, anastomose [illegible] du médian et du musculo-cutané; — 5, anastomose [illegible] cubital.

IV. — L'*anastomose palmaire* du nerf médian et du nerf cubital ne manque jamais, ainsi que l'a fort bien établi Curtis dans un travail très bien fait sur la matière. (*Intern. Monatschr. f. Anat.*, 1886.)

Certains auteurs, Hirschfeld (*Iconographie du système nerveux*, p. 156), Cloquet (*Anat. descriptive*, t. II, p. 169), Gegenbaur (*Lehrbuch der Anat. des Menschen*, p. 877), Krause et Telgmann (*Anomalies*

(1) *Bull. de la Soc. anatomique*, p. 151-165, 1888.

des nerfs chez l'homme, trad. Laharpe, p. 45). Grüber (*Arch. f. Anat. von Reichert*, 1870, p. 501), Verchère (*Progrès médical*, 1883), Audibert et Savy (*Bull. de la Conf. d'anatomie de Lyon*, à la bibl. de la Faculté de Lyon), [illegible] (*Monatschrift f. Anat. u. Histol.*, 1886), en ont signalé une autre qui a lieu entre le médian et le cubital à la partie supérieure de l'avant-bras.

Voici la fréquence de cette anastomose d'après le relevé des faits observés par certains des auteurs précédents :

2 [illegible]	sur	10 sujets		(Verchère).
[illegible]	—	5	—	(Henle et Dubois).
28	—	125	—	(Grüber).
[illegible]	—	37	—	(Villar).

Cette petite statistique prouve péremptoirement que l'anastomose du nerf médian et du nerf cubital au-dessous du pli du coude est très fréquente : elle existe à peu près une fois sur trois ou quatre sujets.

Cette anastomose qui *coexiste avec l'anastomose palmaire* n'est pas une anastomose compensatrice. Le plus souvent (d'après mes observations) elle se détache du nerf médian au pli du coude, suit à peu près le trajet de l'artère cubitale, passant avec elle entre les muscles fléchisseur superficiel et fléchisseur profond des doigts, et vient se jeter dans le tronc du nerf cubital à quelques centimètres au-dessous du point où il s'est dégagé de la gouttière épitrochléo-olécrânienne.

Je n'insiste pas davantage et je ne veux retenir de ces observations anatomiques que les conclusions suivantes.

1° Les anomalies dans le trajet des nerfs sont aussi fréquentes que les anomalies dans le trajet des artères ;

2° La connaissance de ces anomalies est aussi importante pour le physiologiste ou le médecin que pour l'anatomiste lui-même ; car elle peut contribuer à donner l'explication de l'absence de la paralysie sensitive ou de la paralysie motrice dans certains cas de section traumatique ou opératoire du nerf médian au niveau du bras, comme dans les observations [illegible] rapportées par M. [illegible] (loc. cit., p. 102), du professeur [illegible] (*Gaz. des hôp.*, 1867), de Laugier et de Nélaton (Létiévant, *Traité des sections nerveuses*. Paris, 1873), de Lenoir (*Bull. Soc. anat.*, Paris, 1838) et du professeur Verneuil (*Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie*, Paris, 1868, p. 11).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

De la stérilisation de l'eau destinée au pansement des plaies ;

Par le Dr Léon TRIPIER, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon (1).

Si l'on admet avec nous que la contamination des plaies a lieu presque toujours, sinon toujours, par l'intermédiaire des corps ou des objets qui entrent en contact avec la plaie, le premier devoir du chirurgien est de procéder d'une façon aseptique, autrement dit, ses mains, les instruments dont il se sert, les liquides et les substances diverses qu'il emploie, soit dans le cours de l'opération, soit pour le pansement, tout doit être rigoureusement stérilisé.

Beaucoup de personnes croient encore qu'il suffit de faire usage de substances dites antiseptiques, pour se mettre à l'abri des complications des plaies. Nous pensons le contraire ; [illegible] gangréneuse) [illegible] pas les plus énergiques ; il en est d'autres qui conservent leur activité, parce que les antiseptiques qu'on leur oppose ne sont pas convenables ; enfin, cette insuffisance des antiseptiques peut encore s'observer, si les objets de pansement ont été préparés depuis un certain temps. En effet, à la longue, comme nous l'avons démontré, les substances employées se volatilisent et les germes qu'elles contiennent peuvent reprendre leur activité.

Qu'on puisse réussir, malgré cela, ce n'est pas douteux ; à condition de prendre des précautions minutieuses de propreté et de préparer soi-même ses objets de pansement, surtout si l'on opère dans un milieu qui n'est pas infecté ; mais comme on ne trouve pas toujours ces conditions réunies et qu'il n'est pas au pouvoir de chacun de les réaliser, nous croyons qu'il est préférable de recourir à l'asepsie, d'autant que cette dernière n'exclut pas l'antisepsie. C'est une garantie de plus, voilà tout. Toutefois, on nous accordera que c'est la plus sûre et par suite la meilleure. Depuis que nous procédons de cette façon, les érythèmes et les suppurations que nous signalions dans notre dernière communication ont complètement disparu, et l'on peut dire aujourd'hui qu'en dehors des orifices naturels et chez les sujets non infectés, on n'observe plus de complications, à condition, bien entendu, que le chirurgien et ses aides ne commettent pas de fautes.

Du reste, il commence à se faire un mouvement d'opinion en faveur de notre manière de voir. Plusieurs chirurgiens français et étrangers sont venus nous rendre visite et nous avons reçu de différents côtés des lettres pour nous demander des renseignements sur notre installation. C'est précisément pour ce motif que nous avons cru devoir revenir sur la question de la stérilisation de l'eau destinée au pansement des plaies. En effet, en examinant notre eau traitée au moyen du filtre Chamberland, nous avons acquis la conviction qu'elle n'était rien moins que stérilisée. Tout d'abord nous avons pensé que c'était le récipient et les tubes conducteurs qui étaient en cause ; mais les recherches instituées dans le laboratoire de la clinique chirurgicale ne tardèrent pas à nous montrer qu'il n'en était rien et qu'il fallait incriminer les bougies elles-mêmes. Du reste, cette question a une telle importance que nous ne saurions mieux faire que de rapporter, au moins sommairement, les expériences qui ont été faites par notre préparateur, M. Dor.

« Nos expériences ont été faites avec les bougies F et B que nous a fournies M. Gourd, rue de la République, dépositaire à Lyon, des bougies Chamberland, système Pasteur. Au début nous avons eu des bougies prises au hasard ; mais lorsque nos premiers essais nous eurent donné de mauvais résultats, nous avons fait venir de Paris, par l'intermédiaire de M. Gourd, des bougies dures qui ont été choisies parmi les plus compactes, et que le constructeur considérait comme devant offrir toutes les conditions de garantie.

« Avant d'exposer le résultat de nos expériences définitives, nous désirons dire en quelques mots, comment nous avons été amené à douter des filtres. Dans la salle de chirurgie de M. le professeur Léon Tripier, à l'Hotel-Dieu, se trouve un grand réservoir dans lequel nous recevions l'eau filtrée par un jeu de 7 bougies, et comme l'eau y séjourne assez longtemps, nous voulions savoir au début, si des germes venus du dehors ne se développent pas dans ce réservoir, et si les précautions prises étaient suffisantes.

« Nous avons donc prélevé une petite quantité de cette eau et nous l'avons déposée par 10 et par 20 gouttes dans des ballons de bouillon. Dès le lendemain, tous nos ballons étaient troublés. Nous avons alors répété cette expérience en nous plaçant dans des conditions différentes, et nous avons trouvé le même résultat.

« M. le professeur Arloing nous a alors conseillé de remplir le réservoir, les tuyaux et le filtre avec une solution d'acide phénique à [illegible] pour 1000 pendant 24 heures, et après cela nous avons laissé couler l'eau pendant deux jours et nous avons procédé à la numération des bacilles. Nous avons constaté qu'il restait de [illegible] à 8000 microbes par litre, alors que l'eau non filtrée en renfermait 50.000.

(1) [illegible] *Mém. de Lyon* [illegible]

« Sur les conseils de M. Arloing, nous avons alors procédé à une stérilisation bien meilleure : nous avons eu recours à la chaleur. Après avoir démonté notre réservoir et tous les tuyaux, nous avons porté le tout dans la grande étuve à stérilisation de l'Hôtel-Dieu, où nous avons laissé ces appareils pendant une heure à 150° ; nous avions au préalable bouché tous les orifices avec des tampons de coton ; d'autre part nous avons porté le filtre tout entier avec les bougies dans l'autoclave de Chamberland où il est resté une heure à 120°. Nous avons replacé toutes ces pièces en usant des précautions habituelles, et après avoir laissé couler l'eau pendant deux heures, nous en avons laissé tomber quelques gouttes dans une série de ballons et nous avons constaté qu'il restait environ 1000 microbes, et, chose curieuse, il s'agissait presque exclusivement de *bacillus fluorescens*. Nous avons cherché alors quel antiseptique détruisait le mieux ce bacille et nous nous sommes arrêté au sublimé. Nous avons rempli tout le réservoir de sublimé, et malgré cela, 24 heures après l'évacuation de cet antiseptique, nous avons encore constaté la présence de germes très nombreux.

« C'est alors que nous avons eu l'idée de vérifier l'exactitude des faits observés par M. Miquel, et nous avons cherché à nous rendre compte de l'efficacité de la bougie elle-même. Nous avons stérilisé le filtre de 7 bougies, à 120°, une seconde fois ; le tube de dégagement avait été bouché avec un tampon de coton, et à peine le filtre refroidi, nous avons recueilli de l'eau à sa sortie du filtre et nous avons ensemencé 6 ballons avec 10 gouttes dans chacun. Tous ces ballons étaient troublés le lendemain. C'est alors que nous avons fait poser à l'Hôtel-Dieu un filtre à une seule bougie, afin de pouvoir faire des recherches plus rigoureuses.

« Nos recherches ont été faites avec les précautions suivantes :

« Les bougies étaient introduites dans une chemise métallique, disposée sur un robinet d'eau qui pouvait, à notre choix, nous donner une pression de 1 5 d'atmosphère ou de 2 1 2 à 3 atmosphères.

Nous avons toujours eu soin de stériliser les bougies dans l'autoclave Chamberland à 120°, pendant 1 2 heure, et avant de les stériliser, nous avions soigneusement bouché la tétine avec un tampon de coton et nous avions entouré de coton toute la bougie.

Nous attendions que la bougie soit froide avant de l'introduire dans la chemise métallique, et une fois qu'elle était introduite, nous flambions à la lampe à alcool tous les points qui pouvaient être suspects d'apporter des germes, c'est-à-dire la tétine de la bougie, la chemise métallique, le robinet et le tuyau d'arrivée de l'eau ; puis nous enlevions sous la lampe à alcool le tampon de coton, et lentement nous ouvrions le robinet ; l'eau s'écoulait, alors goutte à goutte, ou en filet et nous avions toujours soin de constater que la fermeture était hermétique et qu'il ne passait pas de liquide le long des parois extérieures de la tétine.

« Nous recueillions toujours directement l'eau dans des ballons de bouillon qui avaient séjourné plusieurs jours à l'étuve et nous recevions dans chaque ballon de 1 à 100 gouttes.

« Dans une première expérience nous avons recueilli dans un ballon 30 gouttes, dans un autre 50 et dans un 3me 100 gouttes. Nous avons répété cette expérience sur 10 bougies, ce qui fait un total de 30 ballons employés ; 25 de ces ballons se troublèrent. Avec une seule bougie nous avons trouvé que tous les ballons étaient restés limpides. M. le professeur Arloing voulut bien nous assister dans une seconde série d'expériences dont voici les résultats :

« Nous avons pris 10 ballons de bouillon, qui avaient au préalable passé 15 jours à l'étuve. Nous avons pris la bougie n° 6, que dans notre expérience précédente nous avions trouvée être très bonne et qui ne laissait passer aucun microbe. Nous avons porté cette bougie à 120° dans l'autoclave Chamberland, pendant 1/4 d'heures, après avoir bouché avec un tampon de coton l'orifice inférieur du manchon. Nous l'avons mise dans la chemise métallique et nous avons ouvert le robinet sous une pression de 1/5 d'atmosphère. Au bout de quelques minutes, nous avons enlevé le tampon de coton, flambé soigneusement le mamelon, et nous avons recueilli 4 gouttes dans 5 ballons et 8 gouttes dans 5 autres. Tous ces ballons sont restés stériles, ce qui prouve que notre bougie n° 6 filtrait effectivement tous les microbes. Mais lorsque nous avons répété cette expérience sur 10 bougies, qui paraissaient toutes très bonnes à un simple examen extérieur, nous trouvions toujours que sur 10 ballons ensemencés dans les mêmes conditions, il s'en troublait de 1 à 5, et nous n'avons retrouvé qu'une seule autre bougie qui filtrât réellement. En faisant un calcul très simple, on peut en déduire, qu'il passait environ de 1,000 à 3,000 microbes par litre, au lieu de 40.000 à 60,000.

« Donc la bougie Chamberland retient incontestablement la grande majorité des microbes de l'eau, mais elle en laisse passer quelques-uns. Or que l'on songe à la façon dont ces résultats ont été obtenus; il s'agissait de bougies sortant d'un autoclave. Est-ce que dans la pratique on rencontre souvent un dispositif semblable ? En aucune façon ; les bougies séjournent pendant des mois entiers dans le filtre sans qu'on le stérilise ; il est seulement recommandé de laver l'intérieur de la bougie tous les 8 jours. Aussi que se passe-t-il ? C'est que les microbes, parvenus à l'intérieur de la bougie vont se développer à l'envi, et tapisseront toute la paroi de l'appareil. Aussi dans ces conditions qui sont les conditions réellement pratiques, il arrive tout naturellement que l'eau filtrée contient un nombre considérable de germes, et, en effet, si au lieu de faire l'expérience d'après les principes que nous avons exposés tout à l'heure, on se borne simplement à flamber la tétine d'une bougie qui filtre depuis plusieurs jours, et qu'on recueille l'eau à la sortie dans des ballons de bouillon, il sera facile de se convaincre, que chaque goutte renferme au moins un microbe, et que pour les usages de l'antisepsie, cette eau est tout à fait à rejeter. Nous ferons remarquer que nous avons constaté la présence de germes dans ces conditions, dans une eau filtrée par des bougies que nous avions trouvées bonnes lorsqu'elles étaient à l'étuve. Le premier microbe est-il venu à travers le filtre ou par l'orifice inférieur de la bougie ? Nous ne voulons rien affirmer, mais c'est bien à la première hypothèse que nous nous rangeons, car nous avions pris beaucoup de précautions pour empêcher la contamination par l'air extérieur.

Telles sont ces recherches, qui ont été faites avec tout le soin désirable. En les publiant, nous n'avons nullement l'intention de discréditer le filtre Chamberland, qui a déjà rendu et qui rendra encore de grands services au point de vue de l'hygiène publique, mais sur lequel on ne saurait compter au point de vue spécial où nous nous plaçons.

En effet, à moins de vérifier chaque jour si chaque bougie filtre bien, nous n'oserions pas arroser une plaie avec une eau pareille, et comme nous avons été un des premiers à recommander ce mode de traitement de l'eau destinée au lavage des plaies, du jour où nous avons acquis la conviction qu'on n'obtenait pas ainsi de l'eau absolument stérilisée, il était de notre devoir de le faire connaître.

Mélangée à des substances antiseptiques, cette eau est évidemment supérieure à de l'eau ordinaire ; aussi bien et en attendant mieux, nous continuerons à nous en servir pour nos solutions. Mais pour les cas spéciaux opérations sur le ventre, goitre, etc., où il est préférable de ne pas employer de solutions antiseptiques, nous la rejetons formellement.

En dépit de l'usage qu'en font certains chirurgiens de Paris, l'eau bouillie ne nous paraît pas offrir plus de garantie : car, outre qu'à la température de 100° tous les germes (spores) ne sont pas détruits, il faut encore compter avec les manipulations et, par suite, avec les chances possibles de contamination.

Nous croyons avoir tourné la difficulté en utilisant, sur les conseils de M. Arloing, la vapeur sous pression. A cet effet, nous nous servons d'un ballon en verre, aplati à sa partie inférieure et offrant une capacité de 2 litres environ. Il est muni de deux tubes en verre très courts, dont l'un présente à son extrémité libre, un renflement rempli de coton pour la filtration de l'air et dont l'autre reçoit un tube de caoutchouc sur lequel on place une pince de Moore.

On le remplit incomplètement d'eau pour que les tubes ne plongent pas dans le liquide. Ceci fait, on le place dans l'autoclave de Chamberland, qui sert à la stérilisation de nos objets de pansement. On porte la température à 120° et l'opération achevée, on retire le ballon de l'appareil. Lorsqu'on veut s'en servir, il suffit d'incliner le récipient et on règle l'écoulement de l'eau en pressant plus ou moins sur le tube de caoutchouc. Veut-on cesser l'arrosage : on place la pince de Moore, et l'on redresse le ballon. De cette façon l'air extérieur ne peut pas rentrer. Il est facile de préparer à l'avance une demi-douzaine de ballons, de façon à ne jamais être pris au dépourvu. La seule objection, c'est que l'on ne peut pas disposer ainsi d'une grande quantité d'eau stérilisée.

Dans les nouveaux bâtiments qui nous sont destinés, nous comptons faire installer un générateur de vapeur, muni d'un appareil de condensation qui sera lui-même en communication avec un réservoir pouvant contenir 3 ou 4 hectolitres d'eau. Ce dernier aura été convenablement stérilisé et sera pourvu de tous les accessoires nécessaires pour qu'on puisse lui faire des emprunts sans avoir à redouter les germes extérieurs.

REVUE CRITIQUE

Du cancer du larynx (*fin*) (1) ;

Par **J. BARATOUX.**

C. *Extirpation unilatérale.* — Cette opération a été faite 25 fois dans 22 cas de cancer et 3 cas de sarcome.

La mort est survenue 7 fois :

1 fois par collapsus au 12e jour.
2 fois par pneumonie dans les 15 premiers jours.
1 fois par pleurésie au 10e mois (sarcome).
1 fois par septicémie dans le cours de la cinquième semaine.

Enfin dans 2 cas l'affection est inconnue, dans l'un d'eux la mort est arrivée au cinquième mois.

La mortalité est donc de 18 pour 100 (dans les deux premières semaines, elle est seulement de 12 pour 100).

Il y a eu 6 récidives, toutes pour des cancers proprement dits :

2 fois au deuxième mois (dans l'une la mort est survenue le troisième mois après l'opération).
1 fois au troisième mois.
1 fois au sixième (mort deux ans après l'opération).
1 fois au neuvième.
1 fois au seizième (mort au dix-septième).

La proportion des récidives est donc de 24 pour 100.

Les guérisons sont au nombre de 12, dont 2 pour des sarcomes. Dans 3 cas, la survie n'est pas indiquée ; dans les autres elle est ainsi notée :

2 fois — 1 mois.
1 fois — 4 mois.
1 fois — 10 mois (sarcome).
1 fois — 14 mois.
1 fois — 18 mois.
1 fois — 2 ans et 7 mois.
1 fois — 3 ans (sarcome).
1 fois — 3 ans et 4 mois.

C'est-à-dire que la proportion des guérisons est de 20 pour 100. On voit que c'est l'extirpation unilatérale qui donne les meilleurs résultats.

Le tableau suivant met sous les yeux la proportion de la mortalité à la guérison :

	Mort dans les 15 premiers jours.	Mort dans les mois suivants.	Mort par récidive.	Guérisons.
Extirpation totale	37 p. 100	16 p. 100	26 p. 100	8.5 p. 100
Extirpation partielle	22	15	18.7	12
Extirpation unilatérale	12	16	24	20

(1) Voir *Progrès médical*, nos 20, 22, 23 et 25.

On voit que la mortalité et la récidive sont moins fréquentes pour les extirpations partielles et unilatérales.

Indications et contre-indications de l'extirpation. — Il ne faut pas croire que l'extirpation du larynx soit une opération admise par tous les chirurgiens. En effet, en France, MM. Tillaux, Verneuil, Richet, se sont élevés récemment (1) contre l'extirpation à laquelle ils préfèrent la trachéotomie. M. Verneuil regarde cette opération comme déplorable, car quand on n'en meurt pas rapidement, on en meurt prochainement par suite de récidive. D'un autre côté un certain nombre de spécialistes qui rejetaient l'ablation du larynx ont modifié leur idée première sur ce sujet : c'est ainsi que nous-même, en nous basant sur les premiers résultats, nous nous rangions à l'avis de M. Verneuil (2) ; mais, depuis, devant les succès obtenus grâce à la connaissance plus approfondie du mode opératoire, aux pansements antiseptiques et aux soins consécutifs, nous avons recommandé l'extirpation (3) qui donnait déjà des résultats encourageants. De son côté, M. Fauvel n'a pas craint de conseiller l'ablation du larynx.

En Angleterre, Semon et Butlin, partisans de la trachéotomie, ont eu recours à l'extirpation qui loin de leur avoir donné des déceptions, leur a fourni au contraire des succès satisfaisants. Et Solis-Cohen, en Amérique, qui a publié jadis un travail (4) tendant à prouver que l'excision du larynx ne prolongeait pas la vie autant que la trachéotomie, ne vient-il pas de proposer une modification au mode opératoire de la laryngectomie?

Si la plupart des auteurs conseillent aujourd'hui cette dernière opération, il faut dire, toutefois, qu'ils ne la recommandent pas dans tous les cas de cancers : toute opération a ses contre-indications.

Plus tôt aura lieu l'opération, plus grandes seront les chances de succès ; aussi dès que l'on pourra confirmer le diagnostic par l'examen d'une partie de la tumeur enlevée par la méthode endolaryngée, on ne devra pas hésiter à le faire.

Le traitement du cancer varie suivant la nature et l'étendue du mal, et suivant que le néoplasme est extrinsèque ou intrinsèque :

Sarcome. — Est-il limité à l'épiglotte, comme il n'a pas de tendance à infecter les ganglions, on peut l'enlever par les voies naturelles, de préférence avec l'anse galvanocaustique. Mais occupe-t-il les autres parties du vestibule laryngien et à plus forte raison l'intérieur du larynx, on ne peut songer qu'à la laryngotomie ou à la laryngectomie. On aura recours à la première opération, en ayant soin de faire une ablation large des parties voisines, si le mal est bien limité à une petite étendue de la muqueuse; dans le cas contraire, on ne pourra songer qu'à l'extirpation partielle ou totale, suivant la limitation du néoplasme.

Cancers. — Lorsque la tumeur est bien limitée à la partie supérieure de l'épiglotte on peut employer le même traitement que celui du sarcome; mais lorsque les autres parties de l'orifice supérieur du larynx sont envahies, si le mal est encore nettement circonscrit, nous n'hésiterons pas à conseiller d'enlever les parties atteintes ainsi que les tissus périphériques, en donnant

(1) *Académie de Médecine*, 1887, 22 novembre.
(2) *Année médicale*, 1883, sixième année, p. 119.
(3) *Progrès médical*, 1886, nos 13 et 15, p. 263 et 308.
(4) Solis. — Cohen. — *Does excision of the larynx tend to the prolongation of life?* — (*College of phys. of Philadelphia*, 1883, 4 avril).

la préférence à la laryngectomie unilatérale si le développement de la tumeur le permet, car la laryngotomie ou la pharyngotomie sous-hyoïdienne n'ont donné que des résultats bien médiocres.

L'extirpation partielle ou unilatérale est de beaucoup préférable à l'extirpation totale, d'autant plus que la récidive et la mortalité sont moins fréquentes dans le premier cas que dans le second. Il faut aussi tenir compte de ce que la résection partielle permet au malade de se passer de canule; l'opéré peut alors parler avec une voix pharyngée basse. Il est même des cas où la glotte a pu se reformer; d'un côté une corde vocale la limite, de l'autre est un tissu cicatriciel qui remplit la fonction de ruban vocal, d'où production d'une voix laryngée bien supérieure à celle de tous les larynx artificiels.

Mais si la tumeur est molle, infiltrée et trop étendue en surface, si les ganglions sont envahis, il ne faut plus songer au traitement radical, on doit avoir recours au traitement palliatif.

Lorsque le néoplasme occupe l'intérieur du larynx, s'il est circonscrit à une petite partie, on peut songer à pratiquer la thyrectomie pour enlever le mal avec cautérisation consécutive; mais si la tumeur est infiltrée, atteint les limites du cartilage et à plus forte raison, si elle les envahit, il n'y a que l'extirpation qui puisse donner un résultat favorable; elle sera totale ou unilatérale suivant les limites de la tumeur. Mais si celle-ci a dépassé les cartilages et a envahi les parties voisines, si elle a une consistance molle et une marche rapide, si les ganglions sont atteints on doit se contenter d'employer le traitement palliatif. Il est évident que l'on recourra aussi à ce traitement si le malade est cachectique on atteint de lésions pulmonaires ou d'une autre affection grave, le diabète par exemple.

Traitement palliatif (1). — Si le médecin n'est pas partisan du traitement radical, il se contentera de combattre les différents symptômes, en soutenant les forces du malade par les reconstituants.

On lui conseillera de ne pas abuser de la voix et d'éviter tout ce qui peut produire une laryngite. Contre la douleur spontanée, on emploiera la morphine et la cocaïne; l'antipyrine sera peut-être utile dans ce cas. Ces médicaments seront utilisés soit en injections sous-cutanées, soit en inhalations ou vaporisations, soit encore comme topiques en poudre ou en solution dans la glycérine. Employé en solution à 1/1000 seul ou mieux associé à la cocaine, le sulfate d'atropine réussit bien à calmer la douleur.

Contre les mucosités, les expectorations et la fétidité de l'haleine, on utilisera les antiseptiques en gargarismes, en pulvérisations et au besoin en badigeonnages : acide phénique, eau de goudron, thymol, sublimé acide lactique, etc., si l'on redoute une hémorrhagie on prescrira l'hamamelis virginica intus et extra et l'ergotine en injections sous-cutanées; on pourra aussi conseiller des pulvérisations astringentes (tannin, etc.) et toucher les parties qui donnent lieu à l'écoulement sanguin avec une solution de chlorure de zinc au 1/20 ou encore mieux avec le galvano-cautère.

Pour lutter contre le développement de la tumeur, on pourrait essayer la poudre de sabine et l'alun calciné, en parties égales, qui semblent avoir donné un bon résultat à Lucæ dans un cas de cancroïde kératode de l'oreille. Depuis longtemps nous employons dans ce but et aussi comme moyen détersif, la teinture de thuya occidentalis que nous administrons à l'intérieur à la dose moyenne de 1 à 3 grammes, en même temps que nous touchons la tumeur avec la même préparation. Dans cinq cas, nous avons obtenu une amélioration qui a été particulièrement sensible chez trois malades : le premier âgé de 64 ans, (février 1883), atteint d'épithélioma de la base de la langue et de l'épiglotte avec généralisation à toute la partie sus-glottique du larynx, a pu survivre deux ans et demi, le second âgé de 49 ans (juillet 1887), est encore vivant aujourd'hui malgré l'existence d'un épithélioma occupant la moitié du larynx, et malgré l'infection des ganglions cervicaux; mais c'est surtout sur le troisième malade que les effets de la teinture de thuia ont paru produire une action bienfaisante qui a été rapide. Il s'agisssait d'une femme âgée de 56 ans, atteinte d'un épithélioma de la voûte palatine; des piliers postérieurs du voile du palais, et de la luette, des amydales, des parties latérales du pharynx, de l'épiglotte et des cordes vocales. Après quinze jours d'un traitement intus et extra, la tumeur de rouge, ulcérée et végétante qu'elle était, s'était aplatie d'une façon notable et avait pris un aspect tel qu'il nous faisait espérer une amélioration très sensible pour l'avenir. Nous avions perdu de vue cette malade, lorsque le M. D[r] Liégeois, son médecin nous a communiqué son observation dont une partie a déjà été publiée (1). Consulté par une malade dont la mère était morte de cancer utérin, le D[r] Liégeois reconnut qu'elle était atteinte d'un épithélioma du larynx. Après avoir vu successivement plusieurs médecins, elle nous fut adressée et nous vîmes qu'outre le larynx, les diverses parties de la bouche et du pharynx que nous avons énoncées plus haut avaient été envahies par le néoplasme depuis un an. Nous prescrivîmes à la patiente de se faire badigeonner le pharynx et le larynx tous les deux jours avec de la teinture de thuia dont elle devait prendre en outre, à l'intérieur de 10 à 50 gouttes par jour. M. le D[r] Liégeois rapporte ainsi la suite de l'observation :

« En médecine, toujours prêt à m'instruire et n'ayant rien de mieux à proposer, j'acceptai de pratiquer tous les deux jours un badigeonnage sur le pharynx et sur le larynx avec ce liquide (teinture de thuia); mais, oserai-je l'avouer, j'étais bien sûr que ce thuia aurait sur l'état local du pharynx et du larynx la même efficacité que la fameuse térébenthine de Chio sur le cancer de l'utérus !

« Je dois à la vérité de dire que ces applications de teinture de thuia ont rapidement affaissé les nodules épithéliomateux de la voûte palatine, du pharynx, des amygdales, rendu à peu près lisse la muqueuse de ces régions, partiellement comblé les petites ulcérations, et empeché l'odeur si repoussante et si caractéristique du cancer d'apparaitre. Quant à l'épithélioma laryngé, il est resté stationnaire, et, surpris des bons effets de la teinture de thuia sur le pharynx, je n'ai pas hésité, pour obtenir plus sûrement les mêmes résultats sur le larynx, de conseiller des fumigations journalières avec l'appareil de Mandl, dont l'eau du récipient sera additionnée d'une cuiller à café de teinture ou tout simplement de feuilles de thuia.

« Certes, je ne m'abuse pas, la carcinose mettra fin tôt ou tard aux jours de cette femme; mais elle n'en vit pas moins sans grande misère avec son épithélioma depuis plus de 26 mois; la conviction s'est imposée à moi comme elle s'imposerait à tout médecin impartial, que, peut-être, sans les badigeonnages au thuia, médicament auquel j'accorde des propriétés détersives, cicatrisantes, et, je ne suis pas éloigné de le croire, antiseptiques, M[me] M... serait déjà victime, ou d'une extension carcino-

(1) Pendant la période d'incertitude du diagnostic, on peut prescrire un traitement syphilitique qu'il est prudent de ne pas continuer outre mesure, car l'expérience a démontré que la médication spécifique avait une action fâcheuse sur la marche de l'affection cancéreuse.

(1) *Bulletin médical des Vosges*, 1887, janvier, p. 34 et 35.

*

mateuse par contiguité, ou d'une généralisation viscérale diathésique. »

Cette malade a obtenu ainsi une survie de quarante mois.

Les résultats que nous avons obtenus jusqu'ici par l'emploi de la teinture de thuia nous encouragent à recommander ce médicament dans le traitement palliatif du cancer; car il semble tout au moins arrêter son évolution ; de plus, il combat avec efficacité, l'odeur si repoussante qui accompagne les sécrétions du néoplasme ulcéré.

Si des parties à demi détachées gênent la respiration, il faut les enlever avec les pinces et cautériser légèrement le point d'implantation. S'il se forme des abcès, on les ouvrira ; souvent ils laissent après eux des trajets fistuleux, par lesquels les végétations cancéreuses font irruption ; le seul moyen de les réprimer est la cautérisation avec la teinture de thuia ou avec le fer rouge.

On remédiera aux troubles de la déglutition en donnant une nourriture liquide ou semi-liquide ; on pourra aussi avoir recours aux moyens anesthésiques indiqués précédemment. S'il est nécessaire, on alimentera le malade avec la sonde, qu'au besoin on laissera à demeure, ce qui peut se faire sans inconvénient, comme cela est arrivé aux patients de Boyer et de Krishaber qui ont conservé l'instrument, le premier pendant cinq mois, et le second pendant trois cent cinq jours consécutifs. Si la dysphagie est due à l'infiltration et à l'ulcération de l'épiglotte, on pourra extirper cet organe selon les circonstances, soit par les voies naturelles, soit par une ouverture pratiquée au niveau de l'espace sous-hyoïdien (Solis-Cohen). Comme mesure ultime, on pourrait employer les lavements nutritifs ou pratiquer la gastrostomie.

Ordinairement, un des premiers phénomènes que le médecin est appelé à combattre est certainement la dyspnée qui résulte principalement de l'obstacle dû au développement de la tumeur, ou encore au spasme de la glotte ou de l'œdème du larynx.

Si le malade est pris d'accès de suffocation, ou s'il a du cornage, il est nécessaire dans le premier cas et il est prudent dans le second d'ouvrir à l'air une voie artificielle le plus vite possible. La plupart du temps, c'est entre la première et la troisième année de la maladie que l'on est obligé d'avoir recours à ce moyen.

Suivant le siège de la lésion, on peut choisir entre la trachéotomie et la laryngotomie. Cette dernière opération peut être conseillée lorsque le néoplasme est extra-laryngé et proémine surtout dans le pharynx, mais si le cancer siège dans les régions voisines du cricoïde, ou si les cartilages et les parties molles périphériques sont envahies, c'est la trachéotomie qui est la seule opération possible.

Trachéotomie.— La trachéotomie peut etre pratiquée au bistouri, au galvano ou au thermo-cautère ; avec ces derniers instruments, le malade perd peu ou pas de sang, si l'on a soin de faire les incisions ponctuées, recommandées par Krishaber, c'est-à-dire si l'on divise les tissus en ne laissant le cautère au contact que pendant un instant très court. Mais la section de la trachée sera toujours faite au bistouri.

La trachéotomie doit être pratiquée le plus bas possible; nous ne saurions trop recommander de ne pas avoir recours à la crico-trachéotomie, à cause du développement du néoplasme et de la calcification du cartilage, calcification qui n'est pas rare et qui rend difficile la section du cricoïde ; en opérant cette section, on risque aussi de voir le cartilage se nécroser quelque temps après l'opération.

Un certain nombre d'accidents (collapsus, asphyxie, hémorrhagie, septicémie) peuvent entraîner la mort immédiate à la suite de la trachéotomie. On peut obvier à quelques-uns de ces inconvénients en ayant soin de ne pas pratiquer l'opération *in extremis*, en employant une antisepsie rigoureuse, en faisant porter à l'opéré une canule sans perforation à la partie convexe de sa courbure, ce qui empêche les végétations de s'engager dans le tube métallique et de reproduire les accidents d'asphyxie, et enfin en se servant d'une canule très longue, de manière que son bout inférieur dépasse la tumeur en bas, dans les cas où le cancer occupe l'espace sous-glottique et se prolonge dans la trachée.

Le nettoyage de la canule doit être fréquent, à cause de l'oxydation de l'instrument ; mais il faut bien surveiller le changement de canule, car il est arrivé à plusieurs reprises de voir le malade mourir brusquement à ce moment par suite de l'obstruction de la trachée par les bourgeons charnus. Krishaber a aussi perdu d'hémorrhagie un malade auquel il voulait changer la canule. Aussi, croyons-nous utile de recommander, dans certains cas, d'introduire dans le tube de l'instrument un conducteur creux qui sert de guide pour remettre la canule en place : on retrouve ainsi facilement le trajet au milieu de bourgeons cancéreux et fongueux qui saignent au moindre contact. Un malade d'Isambert est mort dans des circonstances analogues, sans que ce distingué médecin put remettre l'instrument en place.

Ordinairement, les opérés succombent à l'inanition et à l'épuisement causés par le défaut d'alimentation ou encore à une affection thoracique (pneumonie ou broncho-pneumonie).

Lorsque le cancéreux a bien supporté l'opération, il ne tarde pas à éprouver un grand soulagement par suite du rétablissement de la respiration. Dans certains cas même, lorsque la trachéotomie a été faite pour remédier à des phénomènes inflammatoires ou à un œdème sous-muqueux, on peut constater pendant un certain temps une amélioration des troubles de la voix et de la déglutition ainsi qu'une diminution de la douleur et de la salivation. Mais la trachéotomie, comme les autres moyens palliatifs du reste, n'empêche pas le cancer de suivre son cours; la tumeur continue à s'étendre, la dysphagie et la douleur augmentent, les végétations viennent obstruer la canule par en bas, et font même saillie entre la plaie trachéale et l'instrument qu'elles refoulent en avant, si le malade n'a pas déjà été emporté par les progrès du mal ou par une affection intercurrente.

Pour étudier fructueusement comme nous l'avons fait pour l'extirpation du larynx, les cas de survie à la trachéotomie, il faudrait avoir à sa disposition les observations de tous les opérés, mais malheureusement les résultats de l'intervention chirurgicale ne sont pas publiés par un grand nombre d'opérateurs. Aux cas cités dans le travail de M. Schwartz, nous pouvons en ajouter 27 dont 4 nous appartenant. En compulsant ces observations, nous trouvons que :

[illegible] malades ont succombé immédiatement, ce qui donne une proportion de . . . . 3.2 pour 100.
20 — dans les deux premières semaines. 16.[illegible] —
82 — dans le cours de la première année. [illegible]0.7 —
[illegible]17 [illegible], ont vécu de 1 à 5 ans. 12,7 —

Comparaison des résultats obtenus par les différents modes de traitement opératoire. — Si maintenant nous comparons entre eux les résultats des diffé-

rents modes de traitement du cancer du larynx, nous voyons que d'après Fauvel, les encéphaloïdes abandonnés à eux-mêmes entraînent la mort vers la troisième année, et que les malades atteints d'épithéliomes ont une vie moyenne de un an et onze mois.

Si au contraire on pratique la trachéotomie, la durée moyenne de la vie est de 3 ans et 9 mois pour les encéphaloïdes, et de 4 pour les épithéliomes; cette moyenne n'a pas paru aussi élevée à Augiéras (1) qui a trouvé que les malades trachéotomisés vivaient huit mois de plus que ceux qui avaient été abandonnés à eux-mêmes.

Si actuellement les résultats de l'extirpation totale du cancer laryngé donnent une moyenne inférieure à ceux de la trachéotomie, il faut cependant tenir compte que la survie peut être plus longue à la suite de l'ablation, que de plus le malade n'éprouve plus, ou du moins pour un certain temps, aucun des symptômes si pénibles qui accompagnent ces tumeurs. Enfin il faut encore tenir compte de ce que les résultats de l'extirpation deviennent chaque jour de plus en plus satisfaisants.

Mais la comparaison des cas d'ablation unilatérale avec les cas de trachéotomie est loin d'être favorable à cette dernière opération; en effet, la moyenne des guérisons est de 20 pour 100 dans les extirpations unilatérales, tandis que la survie au delà d'un an n'est que de 12 pour 100 chez les trachéotomisés.

Aussi dirons-nous, avec Morell-Mackenzie, qu'au point de vue du traitement notre but est de prolonger la vie lorsqu'il est possible de le faire; mais si, pour l'auteur anglais, cette indication est remplie par la trachéotomie pratiquée avant que la constitution ne soit altérée par le gêne de la respiration, pour nous, le meilleur moyen d'obtenir un résultat favorable c'est l'extirpation du larynx, surtout si le diagnostic de la tumeur a été précoce, car non-seulement on prolongera la vie de l'opéré, mais on la lui rendra supportable.

J. Baratoux.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Des divers modes de sépulture et en particulier de la crémation.

Nous avons dit précédemment (n° 11, 17 mars 1888) que conformément à la prescription de l'article 3, § 4 de la loi sur la *liberté des funérailles* (2), le ministre de l'Intérieur avait nommé une Commission chargée d'élaborer le *Règlement d'administration publique sur les divers modes de sépulture*. La Commission a tenu deux séances générales (9 mars et 19 mai). Dans la seconde, elle a nommé une sous-commission composée officiellement de cinq membres et, effectivement, de quatre (3) ayant pour mission de préparer le Règlement. Cette sous-commission a tenu cinq séances, la première le 27 mai, la dernière le 5 juillet, et elle a soumis son travail à la Commission dans la séance générale du 12 juillet. Voici les articles de ce Règlement relatifs à l'incinération.

Art. 38. — L'incinération ou tout autre mode de destruction rapide des cadavres, ne pourra avoir lieu qu'en vertu d'une autorisation spéciale. — L'autorisation sera donnée par l'officier de l'état civil de la commune où s'effectue l'incinération; elle constatera, sous sa responsabilité, l'accomplissement des formalités ci-après :

Art. 39. — Le médecin traitant devra signer une déclaration affirmant que, dans les causes, la marche et les symptômes de la maladie, il n'a constaté aucun indice permettant de soupçonner un empoisonnement ou une mort violente. — Cette déclaration sera remise à l'officier de l'état civil, qui commettra un autre médecin assermenté pour vérifier le décès. — Celui-ci consignera par écrit ses observations et devra déclarer que la mort lui paraît provenir d'une cause naturelle.

Les rapports des deux médecins seront transmis par l'officier de l'état civil au parquet, qui en délivrera de suite un récépissé constatant la date et l'heure de la remise. Le Procureur de la République pourra, dans les vingt-quatre heures, former opposition à l'incinération. Son opposition sera notifiée à l'officier de l'état civil du lieu où l'incinération doit se faire.

Art. 40. — Dans le cas où la maladie n'aurait pas été suivie par un médecin ou s'il n'a pas délivré le certificat en temps utile, le médecin assermenté commis ne devra délivrer son certificat qu'après enquête sommaire.

L'incinération ne pourra alors avoir lieu que sur l'autorisation expresse du Procureur de la République, qui devra faire connaître sa décision dans les 24 heures de la réception des pièces.

Art. 41. — L'incinération ou tout autre mode de destruction rapide des corps sera faite sous la surveillance de l'autorité municipale. Aucun appareil crématoire ne sera mis en usage sans l'avis du Conseil d'hygiène et l'autorisation du Préfet.

Art. 42. — L'identité du corps incinéré sera constatée par un document officiel, les restes seront déposés, soit dans une concession ordinaire, soit dans un monument municipal.

Art. 43. — A moins de dispositions testamentaires contraires, les restes pourront être déposés dans une propriété particulière. Ils devront être placés de façon à assurer le respect qui leur est dû.

La Commission, dans la séance générale du 12 juillet, a adopté les 48 articles qui composent le *Règlement sur la liberté des funérailles*, y compris, par conséquent, les articles que nous venons de reproduire concernant la crémation. Le Règlement sera soumis au Conseil d'Etat. Espérons qu'il mettra un peu d'activité à examiner ce Règlement et à le rendre définitif, et que le Conseil municipal se décidera à terminer l'appareil crématoire du Père-Lachaise, qui devait fonctionner régulièrement au mois de janvier dernier.

Création d'un Institut vaccinal municipal à Paris.

Nous avons donné à nos lecteurs, il y a quelques mois (24 mars 1888, p. 245), des renseignements sur la création d'un *Institut vaccinal à Paris*. La commission administrative, nommée par M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, a mené sa besogne plus rapidement que ne le font d'habitude ces sortes de commissions, et M. Peyron a introduit aussitôt cette affaire au Conseil municipal. M. le Dr [illegible], qui avait fait partie de la commission administrative, a pu faire promptement son rapport. La discussion a eu lieu au Conseil municipal dans la séance du 2 juillet. Elle n'a pas eu de conclusion, l'affaire ayant été renvoyée à la commission

(1) [illegible] — *Sur la [illegible] dans le cancer du larynx*. Paris, [illegible].

(2) Loi du 15 novembre 1887.

(3) MM. [illegible], président, [illegible], Brouardel, [illegible]. M. M[illegible], attaché à la direction de l'Assistance publique au Ministère de l'Intérieur, a rempli les fonctions de secrétaire. La [illegible] [illegible], grâce à l'active collaboration de M. Mesnard, sous-directeur des affaires [illegible] à la Préfecture de la Seine, M. Leroux, chef de division et M. [illegible], chef de bureau [illegible] également [illegible].

Il s'agit là d'une question que nous avons souvent traitée ici et qui aurait dû être résolue depuis longtemps. L'an dernier, notre ami le Dr Du Mesnil a publié sur ce sujet un travail très intéressant (1), dans lequel il montre les désastres occasionnés à Paris par la variole et l'insuffisance du service des vaccinations (2). Après avoir exposé les résultats obtenus dans les offices vaccinogènes d'Italie, de Bordeaux, de Lyon et de Bruxelles, il conclut à la nécessité de la création à Paris d'un Institut vaccinal central et de stations vaccinales, qui seraient placés sous la surveillance du Conseil d'hygiène du département et des commissions d'hygiène d'arrondissement.

Laissant de côté pour aujourd'hui les renseignements relatifs à l'organisation des services de vaccination de Bordeaux, de Lyon, de Genève, etc., nous allons indiquer, d'après le rapport de M. Levraud, en quoi consiste le projet municipal. L'institut vaccinal serait édifié sur une partie des terrains de la Salpêtrière, en bordure du boulevard de l'Hôpital, auprès du Magasin central, à proximité de l'abattoir de Villejuif. Les constructions seraient aussi simples que possible et comprendraient : une étable pour les génisses ; — des locaux spéciaux pour la récolte et la mise en tubes du vaccin ; — des locaux pour le service administratif et technique qui se composerait de :

1° Un médecin en chef, chargé tout à la fois de la direction de l'Institut, de l'inspection des stations vaccinales de Paris et du département, enfin de la statistique générale (7,000 fr.) ; — 2° un vétérinaire (4,500 fr.) ; — 3° un préparateur (2,400 fr.) ; — 4° deux hommes de service (2,000 fr. chacun) ; — 5° un concierge (1,500 fr.) ; — 6° un commis comptable (3,000 fr.) — Total : 20,500 fr.

« La production et la nature du vaccin, le personnel des vaccinateurs, l'installation matérielle de l'Institut avec son personnel technique et administratif, étant des questions résolues, ajoute M. Levraud, il ne restait qu'à garantir le bon fonctionnement du service, en cherchant à lui imprimer une impulsion sans cesse progressive émanant d'une autorité indiscutée. On fut ainsi conduit à constituer un comité de surveillance, sous le contrôle duquel serait placé l'institut vaccinogène. »

Ce comité serait ainsi composé :

1° Le doyen de la Faculté de médecine ; — 2° l'inspecteur général des services sanitaires ; — 3° le directeur de l'École d'Alfort ; — 4° l'inspecteur général des écoles vétérinaires ; — 5° le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique ; — 6° le vice-président du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine ; — 7° trois membres du Conseil municipal de Paris ; — 8° deux membres du Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

« Ce comité serait chargé de rédiger une instruction pratique à l'usage des vaccinateurs, qui serait modifiée au fur et à mesure des découvertes scientifiques qui surviendraient. Le personnel de l'institut serait nommé par le préfet de la Seine sur une liste de présentation dressée par le Comité de surveillance. Ce projet d'organisation a paru excellent dans son ensemble à votre Commission sanitaire qui, du reste, avait participé à son élaboration par la présence de trois de ses membres au sein de la Commission technique. »

Les dépenses se décomposent ainsi :

20 médecins vaccinateurs rétribués à raison de 5 francs par séance dans les stations de chaque arrondissement et dans les écoles.		45,000 »
Un vaccinateur pour les hôpitaux rétribué à raison de 5 heures par séance. On compte de 1,000 à 1,100 séances par an.		6,000 »
Total.		51,000 »
Le personnel de l'institut.		20,500 »
Dépenses accessoires :		
Achat de tubes et instruments. . . .	2.000 »	
Imprimés, certificats, publicité . . .	3 000 »	
Chauffage, éclairage	1.000 »	
Vidanges, abonnement aux eaux. . .	1.000 »	
Entretien du mobilier et des bâtiments.	1.000 »	
Ensemble.	9 000	9.000 »
8 génisses à renouveler toutes les semaines donnant lieu à une indemnité de 20 fr. au fournisseur. .		8.320 »
Nourriture des génisses à 2 fr. par jour		5.840 »
A prévoir pour pertes d'animaux		1.000 »
A prévoir pour transport d'une génisse dans un centre populeux : un abonnement de 10 fr. pour la 1/2 journée à passer avec un entrepreneur de transports fournissant cheval et cocher. . . .		1.000 »
Récompenses pour travaux spéciaux sur la vaccination et la revaccination à décerner par le Comité de surveillance.		3 000 »
Total des dépenses annuelles de l'institut proprement dit		48.160
Jetons de présence d'une valeur de 10 fr. pour les membre du Comité de surveillance, soit. . . . à une séance par mois.		1.200
Total général.		100.000

M. Levraud fait valoir qu'il y a actuellement au budget de l'Assistance différents crédits inscrits pour la vaccination, s'élevant à 75,500 fr. En réservant une somme de 40,000 fr. pour les primes de vaccination qui disparaîtront forcément dans un avenir peu éloigné, il ne resterait plus sur les 75,500 fr. votés chaque année pour le service de la vaccination, qu'une somme de 35,500 fr. qu'on pourrait détacher des chapitres du budget spécial de l'Assistance publique et reporter à la subvention spéciale.

Pour équilibrer le budget de l'Institut vaccinogène, le Conseil municipal devrait augmenter les crédits actuels de la vaccination, d'une somme de 64.500 fr. Cette somme serait diminuée de 10.000 fr. par la subvention du Conseil général. Resterait donc, à la charge du budget municipal, une somme de 54.500 fr. Cette dépense est-elle justifiée ? Les faits, à notre avis, le démontrent d'une façon péremptoire, ainsi que nous le ferons voir dans un prochain article.

(1) [illegible] Paris [illegible] de la création d'un Institut [illegible] dans les Annales d'hygiène publique.

(2) [illegible] ; l'un [illegible] à l'Académie de médecine, [illegible] Dr [illegible].

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Ont été nommés officiers de la Légion d'honneur : MM. Arnaud (B.), médecin principal de 1re classe ; — Mollier (A.), médecin principal de 1re classe ; — [illegible] (P.), médecin principal de 2e classe ; — Malabard (J.), médecin-major de 1re classe ; — [illegible]ombier (C.), médecin-major de 1re classe ; — D[illegible] (M.), médecin-major de 1re classe ; — [illegible] (N.), pharmacien principal de 1re classe ; — Duchaussoy, docteur en médecine ; — Mougout, Mariotte et Pouget, docteur en médecine.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 2 juillet 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

MM. CHAUVEL et NIMIER décrivent les *effets des armes nouvelles (fusil Lebel et les balles de petit calibre à enveloppe résistante.* (Voir C. R. de la Société de Chirurgie, *Progrès médical* du 30 juin 1888, p. 512.

MM. CHASTAING et BARILLOT étudient *les moyens proposés pour l'assainissement des villes.* Ils comparent, au point de vue de l'utilisation des eaux d'égout, le procédé d'irrigation ou d'épuration par le sol et les procédés chimiques. De leurs analyses, il résulte : 1° que l'épuration des eaux d'égout par la méthode chimique a une efficacité véritable : 2° qu'elle peut être appliquée sans interruption et sans émanations insalubres ; 3° que l'utilisation, en agriculture, de l'azote, de la potasse et de l'acide phosphorique contenus dans les eaux d'égout. traitées par cette méthode, sera facilement réalisable.

M. J. DE REY-PAILHADE continue ses recherches physiologiques sur la *substance organique hydrogénant le soufre à froid.* Paul LOYE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 7 juillet 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHARD.

M. BOUCHARD a fait, il y a treize mois, une injection d'huile dans la peau d'un lapin. L'animal a, depuis, été sacrifié, et, au lieu et place de l'injection, on a trouvé une cavité kystique parfaitement délimitée renfermant de la graisse émulsionnée. L'huile avait donc subi une véritable émulsion.

M. CHOUPPE expose le résultat de ses recherches sur la rapidité de l'absorption de quelques alcaloïdes par le tissu conjonctif sous-cutané. Chez le chien, l'apomorphine produit son effet entre 4 et 5 minutes : avec la cocaïne, les convulsions se produisent chez le cobaye au bout de 10 à 12 minutes ; avec la strychine, l'effet se montre régulièrement après 20 minutes chez le chien. Il est nécessaire de bien connaître le temps d'action de ces médicaments, afin de ne pas employer d'emblée une trop forte dose de l'alcaloïde.

M. LABORDE ne saurait souscrire aux conclusions de M. Loye, qui considère que chez l'homme le nœud vital n'existe pas et qu'au lieu du centre des mouvements opératoires, déterminé par Flourens, il faut considérer désormais plusieurs centres d'inhibition. L'auteur n'a pas assisté à des exécutions capitales, mais des témoins oculaires lui ont affirmé que les effets de la décapitation étaient variables; du reste, il peut survenir une véritable syncope avant l'exécution. Chaque fois qu'opérant avec l'emporte-pièce il a enlevé une rondelle de substance nerveuse au point indiqué par Flourens, il a vu cesser aussitôt tous mouvements respiratoires. Il a, à ce propos, répété les expériences de M. Wertheimer et a pu constater que lorsqu'on se met à l'abri de toutes causes d'erreur, les mouvements respiratoires ne se produisent pas.

M. CHOUPPE rappelle que Vulpian professait des idées identiques à celle de M. Laborde.

M. DASTRE pense avoir fait des expériences aussi précises que celles de M. Laborde : devant des résultats contraires, il n'y a désormais place que pour de nouvelles expériences contradictoires.

M. BALZER et Mlle KLUMPKE ont fait des recherches, desquelles il résulte que les injections sous cutanées de préparations mercurielles insolubles, le calomel et l'oxyde jaune par exemple, s'accompagnent ordinairement de lésions névrosiques locales. La conclusion pratique qui en découle est que si ces névroses ne constituent pas un obstacle absolu à l'emploi de ces injections, elles doivent cependant en restreindre l'emploi et obliger à ne se servir que de doses peu élevées.

M. LAGUESSE remet une note sur le développement de la rate chez les poissons. A l'origine, cet organe serait constitué par un peloton de capillaires veineux placé en diverticule sur le système porte.

M. POUCHET remet une note de M. CURTIS sur les valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire et de l'aorte. — M. CHABRY sur la division du noyau chez les animaux inférieurs. — M. GIARD sur le sylphe de la betterave. — M. LE PRINCE DE MONACO sur l'emploi des nasses pour les recherches zoologiques en eau profonde. — M. P. REGNARD sur le moyen d'éclairer ces nasses à l'aide de la lumière électrique.

GILLES DE LA TOURETTE

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 10 juillet 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

M. CERNÉ de Rouen fait une communication sur *l'érysipèle infectieux et la broncho-pneumonie érysipélateuse primitive.* Au cours d'une épidémie grave d'érysipèle chez les vieillards, dans laquelle trois personnes moururent sur quatre atteintes, se présentèrent quatre cas de pneumonie infectieuse, ne pouvant pas, d'après l'observation clinique, reconnaître d'autre cause que la contagion érysipelateuse. Comme tous les malades avaient présenté de l'albumine, M. Cerné fit des cultures avec le rein et obtint des colonies de micro-organismes présentant les caractères morphologiques du Streptocoque de l'érysipèle. Des inoculations sur des animaux corroborèrent le diagnostic clinique et donnèrent des lésions absolument semblables à celles de l'érysipèle. De ces faits, M. Cerné croit pouvoir conclure : 1° que l'érysipèle infectieux est produit par des déterminations viscérales résultant de la diffusion microbienne dans le sang et les viscères ;

2° que l'érysipèle peut affecter d'emblée le poumon, qui, devenant par là même une porte d'entrée favorable à la diffusion, est affecté localement d'une inflammation bronchopneumonique, et est facilement le point de départ d'une maladie infectieuse n'étant autre qu'un érysipèle généralisé dans l'économie.

M. NICAISE communique l'observation d'un homme âgé de 75 ans, atteint d'un cancer de l'œsophage infranchissable, et auquel il pratiqua la *gastrostomie*, en raison de son état d'inanition. L'opération fut faite en un temps et l'estomac ouvert immédiatement. Ce malade a survécu cinq mois. — La gastrostomie, faite dans de bonnes conditions, peut donner des résultats très favorables : en y ayant recours de bonne heure, cette opération peut prolonger incontestablement la vie des malades. Tant que le malade peut ingérer quotidiennement la quantité de nourriture qui lui est nécessaire, il n'y a pas lieu d'intervenir ; mais dès que l'obstacle mécanique empêche l'ingestion des aliments, on doit alors procéder à l'opération.

M. CONSTANTIN PAUL fait une communication sur la *saccharine considérée comme antiseptique des voies digestives.* La saccharine est un précieux antiseptique pour les voies digestives, car elle n'est pas toxique. A la dose de 0 gr. 20, elle ne cause aucun trouble de la nutrition, elle jouit de propriétés antiseptiques spéciales qui en font un médicament doué de propriétés utilisables pour le traitement des maladies de la bouche et de l'estomac, et peut-être des voies urinaires.

M. MARTY lit un nouveau rapport sur *le plâtrage des vins.* Contrairement à l'Ecole d'agriculture de Montpellier, l'Academie estime qu'il est dangereux de faire le plâtrage des vins, à raison de 4 grammes de sulfate de potasse par litre de vin, se croit suffisamment éclairée par les faits consignés dans le rapport de M. Marty, et ne pense pas qu'elle ait qualité pour entreprendre les expériences qui lui sont demandées.

M. VERNEUIL poursuit sa communication sur le *traitement des anévrysmes par l'introduction de corps étrangers dans leur cavité*, qu'il ne terminera que dans la prochaine séance. A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 11 juillet 1888. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

M. RICHELOT, à propos du procès-verbal, communique un cas de *Kyste profond du vagin*, situé dans le cul-de-sac *latéral gauche* et constituant à la vulve une tumeur analogue à celle dont a parlé M. Lefort dans la dernière séance et qu'on aurait pu prendre pour une cystocèle ou une invagination utérine. Une ponction exploratrice fut faite,et on retira du liquide filant et visqueux. Une incision, pratiquée sur la face antérieure de la tumeur, permit l'énucléation qui fut difficile cependant. La plaie guérit rapidement ; mais pour un prolapsus de la paroi vaginale consécutif à l'ablation de ce kyste, M. Richelot dut faire la colopérinéorrhaphie. La malade va très bien. Le kyste présentait un épithélium cylindrique et s'était probablement développé dans une portion du canal de Gartner persistant.

M. QUÉNU dit que la malade, dont il a parlé à l'avant-dernière séance, n'avait pas de lésions hépatiques ni de lésions rénales. Donc les accidents observés doivent être mis exclusivement sur le compte de l'iodoforme.

M. SCHWARTZ fait un rapport sur une observation de M. Gérard MARCHANT, intitulée : *Fracture de l'extrémité supérieure du péroné gauche ; Cal exubérant ; Paralysie dans le domaine du sciatique poplité externe ; Dégagement du nerf ; Guérison.* Le nerf était seulement soulevé, tiraillé, tendu sur le col comme une corde de violon sur un chevalet. Aussi n'y avait-il pas de névrite. Ce nerf fut dégagé facilement; la plaie opératoire guérit rapidement,mais on n'obtint aucune amélioration dans l'état du muscle.Cependant après quelques mois le mieux apparut. Aujourd'hui le malade est presque complètement rétabli. — Les faits analogues sont rares ; le nerf péronier, en effet, analogue du radial, n'a pas comme ce dernier une longue histoire. On ne connaît que les observations d'Hergott, Weber, Muller, Duplay, Terrier, Perrin, Calender et Thibierge (ces deux derniers rapportés dans deux thèses récentes). Citons, en outre, la belle leçon de Charcot, à propos d'un nouveau fait observé à la Salpêtrière (1).A noter, dans le cas de M. Marchant, que le retour de la contraction volontaire a eu lieu dans la jambe paralysée avant la réapparition de la contraction électrique.

M RECLUS a examiné 300 vieillards pour savoir si, réellement, dans les cas d'*adhérences vaginales complètes, il n'y avait plus de spermatozoïdes* dans le sperme. Il a trouvé dans 14 cas des adhérences plus ou moins complètes ; dans 12 cas d'adhérences partielles, 8 fois il a trouvé des spermatozoïdes, 4 fois il n'en a pas rencontré. Dans 12 cas d'adhérence totale, il en a trouvé 9 fois; ils faisaient défaut dans 3 cas. Il en a conclu que très fréquemment il peut y avoir des spermatozoïdes dans le sperme, alors même que la vaginale est adhérente au testicule. Dans les cas d'adhérence totale avec absence de spermatozoïdes,cette absence pourrait très bien, en effet, s'expliquer par l'âge des malades qui avaient 70, 81 et 84 ans. — M. Reclus croit, d'ailleurs, que les altérations de la vaginale sont secondaires à des lésions de l'épididyme. Quand on traite une hydrocèle, il faut donc faire en sorte de ne pas irriter cet organe. La cure radicale lui paraît meilleure à ce point de vue que l'injection iodée, car elle détermine moins de réaction du côté de l'épididyme.

M. MONOD. — Dans les vaginalites chroniques, il y a une véritable sclérose du testicule, une sorte de pénétration du tissu périphérique à travers l'albuginée dans l'épaisseur de la glande. Peut-être l'absence de spermatozoïdes dans les cas de vaginalites chroniques c'est-à-dire d'adhérences, peut-elle s'expliquer par cette sclérose testiculaire ?

M. TRÉLAT n'a jamais vu une cure radicale d'hydrocèle, antiseptiquement faite, déterminer la moindre réaction.

M. RECLUS. — Le testicule est, pour ainsi dire, isolé de la séreuse vaginale par l'albuginée, tandis qu'il n'en est pas de même pour l'épididyme. M. Reclus pense que la sclérose du testicule est consécutive à celle de l'épididyme dans la vaginalité chimique.

(1) Voir *Leçons du Mardi*, publication autographiée du *Progrès médical*, 1888.

M. TERRILLON. — Quand l'épididyme est malade, toujours la vaginale est enflammée. C'est une loi générale.

M. TRÉLAT. — On sait cela depuis Nélaton, et même Percival Pott, comme l'a dit M. Reclus.

M. BOUILLY communique l'intéressante observation suivante : *Tumeur maligne (lymphosarcome) de l'intestin. — Résection. — Suture intestinale. — Guérison opératoire et même thérapeutique.* — Il s'agit d'une femme de 44 ans, présentant des troubles abdominaux depuis 5 ans, des douleurs très vives dans le ventre avec crises de vomissements ressemblant à des coliques hépatiques. En 1887, crises continuelles, vomissements alimentaires, jamais bilieux ni glaireux; pas de melœna. En mars 1887, constatation d'une tumeur grosse comme le poing, douloureuse, dans la fosse iliaque droite, ayant l'aspect d'un néoplasme malin iléocœcal. A différentes reprises, purgatifs à fortes doses, de façon à éliminer la possibilité du diagnostic de tumeur stercorale. Bientôt amaigrissement considérable, impossibilité de travailler, augmentation des douleurs, aspect d'une tuberculose avancée, mais sans aucun signe pulmonaire. Laparotomie après un purgatif et une diète de deux jours. Extirpation facile de la tumeur par la plaie abdominale; on constate qu'elle dépend bien de l'intestin, ou plutôt de la région iléocœcale et fait la résection intestinale, ce qui fut aisé. L'intestin était vide, à cause de la diète. M. Bouilly enleva, en même temps, un coin de mésentère. Aucune difficulté pour suturer l'intestin grêle ou gros, les deux bouts ayant à peu près le même calibre, en raison de l'émaciation. Suture par le procédé de Lambert-Czerny ; 25 points de suture (15 Lembert, 10 Czerny), commençant par les deux bords de l'intestin. Réduction après toilette péritonéale. Pas de suture du mésentère, mais affrontement aussi exact que possible. M. Bouilly ne suture pas le mésentère pour ne pas supprimer des vaisseaux mésentériques. Suture de l'abdomen sans drainage. Durée de l'opération 1 h.1/4; 3 jours après l'opération quelques gaz ; 7 jours après, diarrhée abondante, fétide, consécutive à la retention des matières dans l'intestin. Fistule stercoro-purulente à l'angle inférieur de la plaie quelques jours plus tard ; naphtol à l'intérieur pour désinfecter l'intestin, 2 gr. 50. 6 semaines après l'intervention, cicatrisation spontanée de la fistule. Depuis l'opération la malade a gagné 10 kilog et va très bien. Elle est opérée depuis 7 mois. M. Bouilly a enlevé 16 centimètres d'intestin ; il s'agissait d'un lymphosarcome du cœcum ou plutôt du point d'union du cœcum et de l'intestin grêle. Le rétrécissement cancéreux laissait à peine passer une sonde de femme ; pas d'ulcération. L'infiltration néoplasique se propageait sur l'appendice iléocœcal. La résection a porté sur des parties saines. Dans le coin mésentérique enlevé, il y avait des ganglions malades. Il n'est pas douteux que cette femme ait retiré un bénéfice très notable de l'opération, puisqu'elle a recouvré la santé et obtenu une bonne circulation intestinale, sans valvule iléocœcale cependant.

M. TERRILLON fait la suture de l'intestin, comme M. Bouilly, avec des fils de soie. Le catgut ne tient pas.

M NICAISE. — Mettre le malade deux jours à la diète avant de l'opérer, c'est bien, si l'on veut avoir absolument un intestin vide ; mais on peut cependant le nourrir sans remplir son intestin. Il suffit d'administrer des jaunes d'œufs et des peptones, substances qui ne laissent aucun résidu.

M. POZZI préfère les aiguilles rondes de couturière aux aiguilles plates, lancéolées pour la suture intestinale. Il a vu Billroth faire une opération analogue à celle de M. Bouilly. Ce chirurgien a placé 42 points de suture, pour rapprocher très intimement les deux bouts sectionnés, et a suturé le mésentère. De plus, il a fait le drainage par la partie postérieure du ventre, grâce à une controuverture bourrée de gaze iodoformée.

M. BOUILLY ne croit pas qu'il faille faire tant de sutures qu'a l'air de le croire M. Pozzi; il pense que des points de suture trop multipliés peuvent amener des points de sphacèle des parois intestinales, et par suite une fistule stercoro-purulente comme dans son cas. Il ne pense pas le drainage utile, sauf dans des cas spéciaux, à grands délabrements.

M. TRELAT est de cet avis. Il faut faire tous les points de suture nécessaires, mais pas un de plus ; ceci s applique d'ailleurs à toutes les espèces de suture. La suture de la muqueuse de

l'intestin peut être faite avec n'importe quoi; pour la suture de la séreuse, on doit employer la soie (1).

M. ANGER montre un malade présentant une *dilatation des vaisseaux lymphatiques de la peau.*

M. NICAISE montre un *speculum* du Cusco modifié et des [illegible] (écarteurs du vagin), qui sont remarquables par leur brièveté. Les instruments à introduire dans le vagin sont toujours trop longs.

M. POZZI. — M. Fritsch a déjà insisté sur l'utilité de la diminution de longueur des valves.

M. TERRILLON présente des pièces se rapportant à une *salpingite* ; *ancienne* avec *kyste parovarien.*

M. POLAILLON montre des pièces provenant : 1° d'une *salpingite* et 2° d'une *tumeur sarcomateuse et kystique du ligament large gauche.*

Election. — M. ROUTIER est élu membre titulaire de la Société de chirurgie par 20 voix sur 26 votants, contre 6 données à M. [illegible].

MARCEL BAUDOUIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 27 juin 1888. — PRÉSIDENCE DE M. GRANCHER.

M. WALLON lit un rapport de M. GIRARD, directeur du laboratoire municipal, sur la « *Saccharine.* » La saccharine a été découverte en 1879 par Ira Remsen et C. Fahlberg; dans le cours d'un travail sur les dérivés des Cresylsulfamides, ils obtinrent un corps peu soluble, dont le goût était remarquablement sucré, c'était la saccharine. La saccharine est sensible à la dilution de $\frac{1}{70000}$. On estime à 280 fois le pouvoir sucrant de la saccharine par rapport au sucre de canne. Ajoutons que la sensation sucrée persiste plus longtemps qu'avec le sucre de canne, elle est suivie d'une impression de sécheresse dans l'arrière gorge. Les insectes ne paraissent pas trouver de goût sucré à la saccharine, ils s'en détournent avec soin. On a cherché avec la saccharine à frauder les sirops, liqueurs et aliments. Pour sucrer les liqueurs, on emploie une solution [illegible] de saccharine dans l'alcool, ou bien une dissolution de 10 gr. de saccharine et 5 gr. de bicarbonate de soude dans un litre d'eau; celle-ci équivaut à 3 kilogrammes de sucre cristallisé de canne ou de betterave. On additionne le sirop de glucose ou le glucose de 1 gr. par kilogramme de saccharine, pour lui donner un pouvoir sucrant équivalant au sucre de canne. Voici la recette d'un sirop de framboises à la saccharine : mélanger à 52 litres de suc de framboises et 8 litres de suc de cerises, 60 kilogr. de sirop de glucose; faire dissoudre, filtrer et filtrer, puis ajouter 140 gr. de saccharine et 100 gr. d'acide citrique. A Zurich, on fabrique du cacao en poudre saccharine. Les brasseurs font également une bière saccharinée. MM. [illegible] et Mosso (de Turin) ont fait des expériences et concluent que la saccharine est inoffensive; elle passe dans les urines sans subir aucune modification; elle n'a pas d'action sur les échanges nutritifs; elle ne passe ni dans le lait, ni dans la salive; appliquée sous la peau elle est absorbée. Ces expériences ont été reprises par Salkowski, qui est arrivé aux mêmes conclusions. La thérapeutique s'en est aussi emparée comme un édulcissant au régime des diabétiques. Mais, M. le Dr WORMS a montré, le 10 avril, à l'Académie de médecine, que la saccharine ne convient pas à tous les estomacs. Les accidents dus à la saccharine peuvent tenir : 1° à l'impureté du produit; 2° à une action antifermentescible qui suspend le pouvoir digestif des sucs gastriques et pancréatiques; 3° à la perméabilité ou à la non perméabilité des reins.

Il en serait donc de la saccharine comme de l'acide salicylique, dont elle est, d'ailleurs, très voisine. Ces deux substances paraissent offrir des dangers quand elles sont ingérées par les malades dont les reins ne sont pas en bon état.

M. [illegible] demande que la saccharine soit interdite dans les matières alimentaires, et qu'elle soit imposée fortement tant à la fabrication qu'à l'importation. On arrêterait ainsi, à son début, une fraude qui peut porter le plus grand préjudice à notre agriculture, à nos finances et à notre santé.

(1) Voir aussi [illegible] Doctorat de M. [illegible] : *Traitement [illegible] par la [illegible]*. Paris, 1887.

M. GALEZOWSKI. — *Des conditions d'éclairage dans les ateliers.*

M. NAPIAS lit, au nom de M. Layet, un travail sur *les sources naturelles du vaccin.*

A. MARTHA.

CONSEIL DE PRÉFECTURE DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE.

Séance du 27 juin 1888.

Le Conseil de préfecture, — Vu la protestation enregistrée à la préfecture de la Seine, le 14 mai 1888, et au greffe du conseil de préfecture le 19 du même mois, formée par le sieur Estival, demeurant à Gentilly, route de Fontainebleau, 46, contre les opérations qui ont eu lieu le 6 mai 1888, pour le renouvellement du Conseil municipal de cette commune; ladite protestation, fondée sur ce que le nombre de conseillers attribués à chacune des deux sections de ladite commune n'aurait pas été réparti conformément à la loi du 5 avril 1884 et tendant à l'annulation des opérations — Vu la note en date du 18 mai 1888, par laquelle le préfet de la Seine transmet au Conseil la protestation sus-visée; ensemble les pièces jointes à ladite note, savoir : les procès-verbaux des opérations électorales avec les bulletins réservés et les feuilles de dépouillement, les procès-verbaux des séances du Conseil général de la Seine des 24 juillet 1885 et 23 décembre 1887 sur le sectionnement électoral de la commune de Gentilly, le relevé numérique par section des électeurs inscrits au 31 mars 1888, l'arrêté préfectoral du 10 avril 1888 relatif à la répartition du nombre des conseillers entre les deux sections de Gentilly; copie d'une lettre préfectorale du 13 avril 1888 au maire de Gentilly, copie d'une lettre préfectorale du 21 avril 1888 au ministre de l'intérieur; — Vu les certificats de notification, — Vu la requête introductive enregistrée à la préfecture de la Seine, le 14 mai 1888 et, au greffe, le 18 du même mois, par laquelle le sieur Estival expose que la cour de cassation a déjà statué sur des faits [illegible]; qu'elle a décidé par trois arrêts des 1er avril 1873, 4 novembre 1874, 4 avril 1877, qu'un décret relatif au dénombrement de la population n'apporte aucune dérogation aux lois électorales et que la déchéance du droit d'électorat ne saurait s'induire « d'une disposition générale étrangère à la loi spéciale sur les élections municipales »; que l'article 11 de la loi du 5 avril 1884 ainsi conçu : « Chaque section élit un nombre de conseillers proportionnel au chiffre des électeurs inscrits » est formel; que le chiffre des électeurs inscrits dans la section de Kremlin-Bicêtre est de 2,618, que cette section a droit à 19 conseillers, tandis que la section de Gentilly-Centre, qui compte 1,127 électeurs inscrits, a droit seulement à 8 conseillers; — Vu une lettre adressée au préfet de la Seine par le sieur Estival à la date du 14 mai 1888; — Vu le mémoire enregistré au greffe, le 28 mai 1888, par lequel les sieurs [illegible], Isambert, Perdry, Eyrandy, autres conseillers municipaux de la 1re section de Gentilly exposent que la prétention du sieur Estival ne saurait être admise, que c'est la population vraie de la commune, à l'exclusion de la population flottante, qui doit servir de base à la répartition du nombre de conseillers; — Vu, enregistrées au greffe le 30 mai 1888 les réponses des sieurs Mallet, Gourbeyre, Gaillet, Frantz, Thomas, Durand et autres conseillers municipaux, qui déclarent que la protestation du sieur Estival est fondée; — Vu la loi du 5 avril 1884; — Vu la loi du 21 juin 1865 et le décret du 12 juillet suivant;

Ouï M. F[illegible], conseiller, en son rapport;

Me Pueo[illegible], avocat du sieur Estival, et le sieur Levasseur, conseiller municipal, en leurs observations orales à l'audience; — Et M. Lavallée, commissaire du gouvernement, en ses conclusions; après en avoir délibéré conformément à la loi;

Considérant que le sieur Estival proteste contre les élections municipales de la commune de Gentilly, — Considérant qu'il en demande l'annulation par le motif que la répartition des membres du conseil municipal entre les deux sections de la commune aurait été faite contrairement aux prescriptions des articles 11 et 12 de la loi du 5 avril 1884; — Considérant que les pensionnaires de l'hospice de Bicêtre, électeurs inscrits au nombre de 1,422 dans la section de Kremlin-Bicêtre, n'auraient pas été comptés dans le calcul des conseillers attribués à cette section, qui n'a été appelée à élire que 14 conseillers municipaux au lieu de 19, auxquels elle avait droit; — Considérant qu'aux termes des articles 11, 2e paragraphe, et 12 [illegible] de la loi précitée, la répartition des conseillers municipaux entre les diverses sections d'une commune doit être faite proportionnellement au chiffre des électeurs inscrits; — Considérant que la [illegible] [illegible] les [illegible] des [illegible] de la [illegible] [illegible] [illegible] de la protestation, [illegible] reproduisent [illegible] les termes de la loi de 1874 — Considérant [illegible]

[illegible] qui puisse faire croire que le législateur ait eu la pensée d'exclure une catégorie quelconque des électeurs inscrits.

Considérant que l'exclusion des pensionnaires de l'hospice de B[illegible], comme de tout électeur inscrit quelle que soit sa situation, aurait pour résultat d'apporter à leur électorat, dont le droit de représentation proportionnelle fait partie intégrante, une restriction qui n'est ni dans l'esprit, ni dans le texte de la loi et qui n'a pas [illegible] été édictée à l'encontre des électeurs frappés d'inéligibilité ; — Considérant qu'il est vrai que l'application des dispositions dont s'agit peut éventuellement être en opposition avec celles de l'art. 10 de la même loi ; qu'en effet, le nombre total des conseillers municipaux est déterminé par le nombre des habitants dans lequel, aux termes des décrets relatifs au dénombrement, ne sont pas comptés pour l'application des lois d'organisation municipale diverses catégories d'habitants de fait, les pensionnaires des hospices [illegible], et, ainsi, la règle du calcul du nombre total des conseillers municipaux est différente de celle du calcul des conseillers municipaux attribués à chaque section.

Mais considérant que cette anomalie, si elle existe, n'a pas échappé au législateur qui n'a fait que reproduire le principe de la loi de 1855 ; — Considérant que dans ces conditions, en présence d'un texte aussi formel que celui des articles 11 et 12 de la loi du 5 avril 1884, le conseil de préfecture ne peut pas, par voie d'interprétation ou de restriction, en refuser l'application requise, conformément à la jurisprudence du Conseil d'État ; — Considérant que les 1422 pensionnaires de l'hospice de Bicêtre sont régulièrement inscrits sur les listes électorales de la commune de Gentilly section du Kremlin-Bicêtre et que, s'ils avaient été mis en ligne de compte pour la répartition des conseillers à élire, la dite section aurait dû être représentée par un nombre de conseillers supérieur à celui de 14. — Considérant que, dans ces conditions, les opérations électorales de la commune de Gentilly se trouvent viciées dans leur ensemble et doivent être annulées.

Arrête : Les élections municipales auxquelles il a été procédé le 6 mai 1888, dans la commune de Gentilly, sont annulées. — Fait et prononcé à Paris, le [illegible] juin 1888, en séance publique, où étaient présents : M. Emile Laurent, président ; M. [illegible], conseiller rapporteur ; MM. [illegible], Laty, de [illegible], conseillers ; M. Lavallée, commissaire du gouvernement ; [illegible]. M. Prim[illegible], commis-greffier. — Président, Signé : Emile LAURENT.

Plusieurs médecins nous ayant demandé des renseignements sur les droits électoraux des vieillards ou des malades placés dans les hospices, nous avons cru devoir publier cette importante décision.

REVUE D'OPHTHALMOLOGIE

I. — Société de Heidelberg.
II. — Physiologie et anatomie de la rétine. ANGELUCCI ; STORT ; BORYSIEKIEWICZ.
III. — Traité d'ophthalmologie ; par de WECKER et LANDOLT. — Tome IV, 2e fascicule. — Lecrosnier, Paris.
IV. — Traité des maladies des yeux ; par GALEZOWSKI. — 3e édition 483 figures. — J.-B. Baillère, Paris.
V. — Centralblatt de Hirschberg, nos janv., fév., mars, avril 1888.
VI. — La statue de Daviel, d'après l'estampe de LEMIRE.

I. — Nous avons déjà inséré l'avis, publié dans les autres journaux de médecine, relativement à la réunion, le 9 août, à Heidelberg, de la Société ophthalmologique allemande. Célébrant le 25e anniversaire de son existence, cette Société en profite pour poser une autre question : Est-elle autorisée à désigner la réunion internationale, organisée par elle, comme étant la 7e session du Congrès périodique international d'ophthalmologie ? Nous ne le pensons pas ; car elle n'a pas reçu mandat à ce sujet du dernier Congrès. Le 6e Congrès, tenu à Milan, avait, sous la présidence de Quaglino et à une grande majorité, désigné Madrid pour la séance de 1884. M. le professeur Cervera était l'organisateur délégué. C'est donc aux Espagnols et non pas à Heidelberg, qu'il reviendrait de poser à nouveau la question non résolue. Il est vrai de dire que nulle trace d'organisation ne s'est produite à Madrid, qui redoutait la section ophthalmologique du Congrès général de Washington, fonctionnant comme celle du Congrès de Londres en 1881, et que dès lors, la proposition de Landolt a pour elle deux sanctions réelles, d'une importance capitale.

Mais pourquoi la Société d'ophthalmologie française, réunie à Paris ces jours derniers, n'a-t-elle pas agité officiellement cette question ? On dirait qu'un certain malaise règne déjà dans cette réunion, si on en juge par la création de la nouvelle Société d'ophthalmologie de Paris, si l'on en juge aussi par les abstentions de collègues qui n'ont pu accepter le rendez-vous en mai, au lieu du mois de décembre, période réelle de repos en ophthalmologie.

D'autre part, il est certain qu'en France le mouvement vigoureux qui signalait l'ophthalmologie à son début s'est beaucoup ralenti avec les difficultés croissantes des productions nouvelles. Mais la science n'est jamais au terme de sa course, et quels champs fertiles n'ouvrent pas à l'ophthalmologie les théories de Pasteur, tout aussi bien que les recherches d'anatomie normale ou comparée et de physiologie. Nous désirons de tout cœur qu'un nouvel élan soit puisé dans ces réunions internationales où les savants de tous pays se connaissent et s'apprécient, où les idées s'élaborent et s'échangent, où les projets de travaux jaillissent des discussions, où chacun rentre au foyer avec le désir de poursuivre un plan arrêté de recherches. Cependant, avant de songer à rétablir le Congrès international dans sa forme première, ne serait-il pas sage de se rappeler les péripéties, les incertitudes des six premières réunions. Que de difficultés à Vienne, à Paris, à New-York ! Il faut compter avec les guerres, avec les rivalités médicales plus redoutables encore ! Non ; pierre qui roule n'amasse pas mousse. Une ville était tout indiquée par son caractère ancien de neutralité, d'internationalité, ville créatrice du Congrès d'ophthalmologie : c'est Bruxelles. Pourquoi l'avoir quittée ? pourquoi n'y pas retourner ? Qui donc soutiendrait que si le Congrès d'ophthalmologie s'était réuni toutes les quatre années à Bruxelles, sans s'inquiéter des grands Congrès, notre réunion n'eut pas acquis une vitalité croissante par la régularité même de son existence et de sa fonction. Nous avons voulu courir le monde et aujourd'hui nous n'avons plus de patrie. Si Madrid se tait définitivement, que Bruxelles reprenne la première tradition ; il nous sera plus agréable de revoir cette terre libre que de traverser les Vosges, inabordables avec les dernières ordonnances prussiennes.

II. — Depuis notre dernière revue, quelques mémoires fort importants ont paru en Ophthalmologie : mais, faute d'espace, nous avons dû les analyser dans l'*Année médicale* pour 1887. Ne pouvant en donner ici le contenu en détail, nous appelons l'attention des lecteurs d'abord sur les recherches d'anatomie normale faites par Angelucci et Stort. On se souvient que le premier, élève de Boll, avait étudié tout spécialement l'épithélium choroïdien et ses prolongements entre les bâtonnets et les cônes. Stort répétant ces recherches a, dans un mémoire des *Archives de Græfe*, démontré que des changements de longueur, d'épaisseur et de situation se produisaient sous l'influence de la lumière, dans les bâtonnets et les cônes, de telle sorte que ces éléments seraient assez difficiles en réalité à reconnaître les uns des autres. Mais ce qui importe surtout, c'est leur réaction sous les différents rayons lumineux. On peut dire qu'à chaque rayon du spectre correspond une forme spéciale, une vibration, un mouvement des éléments terminaux. De là à constituer une théorie mécanique vibratoire de la vision, il n'y avait qu'un pas. Nous ne devons point non plus oublier les anciennes théories chimiques du rouge de Boll : l'alliance de ces deux phénomènes se passant dans la couche extrême de la rétine, nous paraît riche de conclusions futures sur la physiologie de la vision.

Après ces travaux, qui n'ont pas rencontré de contradiction, il paraîtra curieux qu'un anatomiste distingué, Borysiekiewicz, agrégé à Vienne, discute encore l'endroit des sensations lumineuses.

Son mémoire sur la structure de la rétine, est une étude remarquable d'anatomie comparée. L'auteur a eu à sa disposition des yeux de lions, d'éléphants, de tigres et nous savons que ces comparaisons en séries constituent le meilleur moyen de bien comprendre le rôle de certains éléments anatomiques. Or, c'est précisément en suivant la fibre de Muller que Borysiekiewicz est arrivé à considérer les bâtonnets et les cônes comme la terminaison de cette

travée perpendiculaire. Alors il leur refuse toute sensation ou bien il faut la reconnaître aussi à la fibre de Muller. C'est logique, mais l'anatomie ne se fait pas avec des syllogismes ; car, par cette méthode, notre auteur arrive à mettre la sensation visuelle dans les grains. Il a bien reconnu aussi, comme Stort et Angelucci, les changements qui se produisent dans les bâtonnets et les cônes sous l'influence de la lumière. Ce travail est une belle étude sur la structure intime de la rétine et les planches n'y sont pas ménagées. Peut-être l'auteur eût-il trouvé une solution à ces difficultés dans l'anatomie pathologique. L'albuminurie donne des rétinites dont les figures histologiques sont bien curieuses; elles feraient croire au passage d'un cylindre axe dans la fibre de Muller, et, dans ce cas, Borysiekiewicz trouverait satisfaction à son hypothèse.

III. — Ce fascicule, de 456 pages, est absolument consacré aux maladies du nerf optique. C'est un résumé exact et très complet des travaux les plus récents d'Outre-Rhin sur le sujet. Comme entrée en matière, l'auteur insiste longuement sur la physiologie de la circulation lymphatique du nerf et ses rapports avec le cerveau ; sujet qui a donné lieu à de si longues discussions à propos du gonflement de la papille et des altérations du nerf dans les lésions cérébrales. Nous avons en France un travail de premier ordre sur ce sujet, celui de Duret, sur la physiologie des traumatismes cérébraux et la circulation lymphatique des espaces cérébraux; il est bien entendu que de ce travail français l'auteur ne cite rien (sinon une fois entre parenthèse le nom du professeur de Lille). Comme Schulten a publié ses travaux en 1887, c'est-à-dire bien près de 10 ans après le livre de Duret, c'est bien à Fano et à ce dernier auteur que revient le mérite d'avoir montré le mécanisme de la commotion cérébrale. Il est vrai que les expériences récentes et si remarquables de Deutschmann, rapportées avec raison *in extenso*, dévoilent le rôle des liquides septiques dans la production du Staungs-Papille; mais le mécanisme de l'injection du nerf optique dans les commotions simples, mortelles, ne nous paraît pas résolu très clairement par Schulten. Duret a donné la démonstration, par des pièces irrécusables, des hémorrhagies périphériques et centrales dans les traumatismes du crâne. Toutefois il n'avait pas suivi les effets de ce traumatisme, dans l'œil. C'est une lacune fâcheuse qui n'est pas encore comblée. Malgré l'évidence du fait, nous ne pouvons expliquer cette injection de la papille, sans saillie, laquelle ne s'accompagne d'aucune lésion bien évidente, visible même au microscope.

L'auteur étudie ensuite les différents états du nerf optique. L'anémie, la congestion, l'inflammation, l'anatomie pathologique de la papillite. M. Wecker a inséré *in extenso* un travail du duc Charles (en Bavière) sur les altérations des vaisseaux du nerf optique dans la névrite optique. Nous pensons qu'il s'agit là de faits tout particuliers se rapportant à des états généraux graves, mais qui ne peuvent se rattacher en général à la névrite optique. Ces altérations existent dans la rétinite albuminurique, dans les fièvres putrides, mais ne peuvent constituer le caractère propre de la névrite ; celle ci est indépendante de ces lésions vasculaires et peut être observée sans elles. En un mot, ce sont lésions concomitantes, mais non nécessaires, ni suffisantes de la papillite.

Le chapitre tout nouveau de la névrite rétro-bulbaire comprend les travaux bien connus de Samelsohn, aidé par Mittelstadt et Denauer pour la partie histologique. Grâce à la technique actuelle des colorations, les atrophies partielles sont aujourd'hui étudiées avec une précision inconnue autrefois. L'aspect de la papille dans ces conditions est aussi beaucoup mieux expliqué, et toutes ces notions sont en concordance directe avec la physiologie cérébrale de la vision. Notre science a donc réalisé dans ce point des progrès de premier ordre, démontrés par l'union de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie. Les névrites rhumatismales par intoxication, par suppression menstruelle, diabétique, héréditaire, sont aussi très soigneusement étudiées dans ce fascicule.

Les derniers chapitres sont consacrés à l'atrophie alcoolique si bien décrite histologiquement par Uhtoff ; à l'atrophie tabétique, avec le signe et les variétés du symptôme de Robertson. Nous avons été très heureux de rencontrer dans ce chapitre les lignes suivantes, à propos de l'origine syphilitique du tabes, posée en principe par quelques médecins spécialistes.

« Dans 13 0/0 de tabétiques amblyopes, la syphilis ne joue certainement qu'un rôle adjuvant, mais nullement initial. Nous pouvons affirmer de la manière la plus positive, que leur affection n'est pas seulement réfractaire au traitement spécifique, mais aussi que lorsque la maladie ne se trouve qu'ébauchée tout traitement spécifique active la marche de l'affection. »

Il nous semble utile au premier chef de proclamer que l'atrophie grise, l'ataxie, n'est pas toujours syphilitique. Dans l'armée où l'ataxie est si fréquente après les fatigues du service il importe, et de nombreux exemples le prouvent, de dire que la syphilis n'est pas fatalement à inscrire dans l'étiologie. Il faut ne pas ignorer que grâce à cette façon de voir, l'intéressé bénéficiera d'une retraite de première classe, c'est-à-dire le maximum, tandis qu'autrefois des malheureux malades ont quitté l'armée sans aucun secours, sous l'influence de l'idée erronée d'une étiologie syphilitique, propagée trop légèrement.

M. Wecker termine ce fascicule en étudiant l'atrophie blanche cérébrale, les blessures et les anomalies du nerf optique. Comme toutes les autres parties de l'ouvrage écrites par l'auteur, celle-ci peut être considérée comme composée de la moelle substantielle des *Archives de Græfe*.

IV. — Cet ouvrage diffère singulièrement du fascicule que nous venons d'analyser ; il résume, en 1030 pages toute la pratique ophthalmologique. Leur but est, du reste, essentiellement différent : l'un a voulu exposer l'état de la science en 1888, avec toute la genèse des progrès réalisés dans le monde entier ; l'autre se borne à guider le praticien et l'étudiant dans la connaissance et le traitement le meilleur des affections oculaires. Cette dernière édition, rédigée avec soin, et comportant même une certaine recherche des études nouvelles d'anatomie pathologique, contient plusieurs chapitres d'une originalité remarquable. M. Galezowski n'a pas eu l'idée de faire un ouvrage nouveau. Il a tenu à replacer au point un livre dont le succès confirmé exigeait la transformation. Ce qui frappe dans ce volume, c'est la clarté du style, des préceptes et le nombre de figures destinées à compléter le texte. Du reste, la préface même de l'auteur nous fournit l'indication des parties nouvelles. Le manuel opératoire de la cataracte a été modifié d'après les idees récentes sur le lambeau de Daviel, remis en honneur par la cocaïne. « De longs chapitres sont « consacrés aux affections du nerf optique et de la rétine, « et plus spécialement à leur diagnostic, dans les maladies « centrales, spinales et constitutionnelles. Des paragraphes « entiers ont été ajoutés, dans lesquels sont exposés des « sujets nouveaux tels que la migraine ophthalmique, la « kératoscopie de Cuignet. » Il n'est pas jusqu'aux documents de notre collègue Chauvel, sur l'examen des recrues, qui n'aient été soigneusement enregistrés. — La médecine légale posant quelquefois des questions difficiles en expertise, l'auteur a cru nécessaire de développer ce sujet en s'appuyant sur des faits personnels. L'ouvrage se termine par un chapitre curieux sur la photographie rétinienne et la suggestion hypnotique dans les maladies oculaires, d'après les travaux de Burot et Fontane. Les dernières pages sont consacrées à un résumé d'hygiène et d'embryologie, à un tableau synoptique de la réfraction de l'œil. En vérité, M. Galezowski a fait tous ses efforts pour mettre au courant un livre accueilli avec faveur et qui commençait à vieillir. Nous pensons qu'il lui a conservé son cachet absolument pratique et si le lecteur veut faire de la science pure, il trouvera dans la bibliographie de tous les chapitres, les indications qui lui permettront d'approfondir certaines questions.

Le *Centralblatt d'Hirschberg*, dans les quatre premiers

mois de 1888, contient, pour janvier, un travail de Millingen, de Constantinople, sur *une forme particulière de kératite intermittente*, à rapprocher de la forme en sillons étoilés de Gillet de Grandmont et des kératites palustres.

Deutschmann a cherché à établir que l'inflammation sympathique est de cause microbienne. Nos lecteurs savent que ses travaux précédents avaient prouvé d'une façon [illegible] le rôle des micro-organismes dans la production de la stauungs papille. L'injection de liquides non stérilisés, inflammatoires, étant seuls capables de créer cette image spéciale de la papille en bouton.

En est-il de même pour l'ophtalmie sympathique? Deutschmann [illegible] des liquides septiques d'un côté et reproduit sur le côté opposé des phénomènes graves; mais les microbes ont pénétré par le chiasma et le cerveau, formant une infection générale de la lymphe cérébrale. Or, ce n'est pas là le phénomène sympathique dans toute sa pureté. Malgré tout, Deutschmann en fait un phénomène toujours infectieux.

Lewin signale un nouvel anesthésique local de l'œil : l'érythrophléine, dont la solution à 2 0/0 produirait une insensibilité locale en 15 à 20 minutes, pour près de 24 heures. Hirschberg a obtenu l'anesthésie en [illegible] à 20 minutes pour extraire des paillettes de fer dans la cornée, mais la conjonctive était rouge, douloureuse, inflammatoire.

Lewin a signalé aussi la douleur, la forte hyperhémie, l'injection, les larmes, après instillation d'une solution à [illegible], puis la pupille s'élargit et il se produit une anesthésie de la cornée et de la conjonctive. Mais il ne compare pas cette anesthésie à celle de la cocaïne. Il la juge plus dangereuse et il déclare avoir vu même l'érythrophléine produire un trouble de la cornée avec hypopion. Königstein constate que son instillation produisait une douleur vive sur la cornée, déjà cocaïnisée, et il ne pense pas que cet alcaloïde puisse être d'aucun usage en ophthalmologie. Karewski n'estime pas non plus que la pratique opératoire puisse l'accepter. L'érythrophléine nous semble donc avoir joui d'une existence assez courte, si personne ne lui trouve d'autres propriétés.

Ce numéro analyse aussi les récents travaux sur la lèpre.

Dans le deuxième numéro, Hirschberg rapporte l'examen de la circulation dans les nouveaux capillaires de la cornée avec la loupe d'Hosmach, qui donne un grossissement de 20 diamètres. Un [illegible] de la ca[illegible] [illegible]. Un mémoire sur l'étiologie des [illegible] de cataractes. Un cas de [illegible] postérieur du cristallin.

Mais dans ce numéro, c'est l'érythrophléine qui occupe encore la place la plus importante. Keller, Liebreich, Hirschberg, Lewin, Goldscheider, Tweedy, Reuss, Königstein, Karewski, publient une douzaine de notes ou mémoires sur cet alcaloïde et ses analogies avec la cocaïne.

Keller signale les premiers phénomènes d'irritation et d'injection conjonctive. L'œil est ouvert largement, la cornée était encore trouble [illegible] gouttes de solution à 0,25 0/0.

Scheler a fait ses recherches sur l'homme avec une solution à 0,2 0/0. La cornée est anesthésiée en 15 minutes, mais la conjonctive est [illegible]. L'insensibilité de la cornée persiste 8 à 9 heures : celle de la conjonctive n'est pas aussi constante.

Le fascicule de mai renferme une note de M. Cohn, de Breslau, sur la photographie de l'œil avec la lumière résultant du mélange de la poudre de magnesium avec le chlorate de potasse. L'instantanéité est telle que la pupille reste dilatée à 8 et 9 millimètres. [illegible], en octobre 1887, avait déjà photographié l'œil avec une pupille de 10 millimètres. Dubois-Reymond fait remarquer toutes les difficultés de cette photographie, qui se résument dans le rapport entre la durée de l'exposition et celle de l'immobilité.

Pars[illegible]cher examine l'usage de la [illegible] dans le traitement des maladies oculaires. Cette préparation de [illegible], de Hambourg, avait déjà été étudiée en 1887 par [illegible]. Elle colore l'eau en bleu [illegible]. [illegible] au jaune brun après une heure. C'est un puissant antiseptique comparable au sublimé, un peu irritant, il est vrai, mais qui n'est pas un poison comme le bichlorure.

Straub étudie la fluorescence de certaines solutions pour établir le diagnostic des affections de la cornée, et surtout la marche de la régénération épithéliale dans les ulcères.

Neisser fait une longue communication à la Société médicale de Silésie, sur la thérapeutique de la syphilis. La méthode des injections lui paraît puissante et sans danger. Il donne la préférence au calomel en suspension dans la glycérine sans renoncer à l'iodure de potassium à haute dose. Il complète les cures par les saisons aux Eaux.

Fich, agrégé de Zurich, a publié un excellent travail sur les microorganismes du sac conjonctival. Ce mémoire, de 79 pages avec une planche, comporte la description de six espèces de bacilles, de trois variétés de cocci avec la sarcine lutea. L'auteur étudie successivement toutes les propriétés de ces micro-organismes et donne leurs caractères différentiels. L'analyse qu'en fournit Ancke dans le journal d'Hirschberg nous fait considérer ce mémoire comme devant avoir une importance réelle en ophthalmologie.

Le 4e numéro contient une note de Schneller (Dantzig) sur un cas rare de sarcome de la conjonctive palpébrale : bibliographie de la question et analyse histologique. La tumeur s'était développée chez une jeune fille de 16 ans qui n'avait jamais été malade. Elle siégeait dans la paupière, sous la conjonctive, et se rapportait aux tumeurs à petites cellules.

Goldzieher (de Budapest) signale, dans la syphilis, une forme de conjonctivite granuleuse : il en a vu deux cas ; mais la partie histologique de ce mémoire laisse trop à désirer pour qu'il soit permis d'accepter cette forme nouvelle de granulations. La lèpre fournit, suivant nous, des productions conjonctivales autrement voisines de la forme granuleuse.

Deux mémoires sur l'extraction des corps étrangers par l'aimant. L'un est une thèse inaugurale de Mellinger, sous l'inspiration de Schiess, l'autre est un résumé de la Clinique de Horner par Neese de Kiev — 42 cas d'un côté et 42 de l'autre, soit 84 opérations dont la description sert de base aux conclusions thérapeutiques. Cette statistique ne comprend pas moins de 184 cas. C'est donc le travail le plus complet sur ce sujet.

L'acuité visuelle a été maintenue dans 30 0/0 des cas, et 10 0/0 d'une façon parfaite : dans 17 0/0 la forme est restée mais sans acuité.

Signalons un mémoire de Sachs (Innsbruck), sur le scotome central dans les affections du N. O., avec *recherches cliniques et anatomiques* de Kniess sur la sensibilité aux couleurs et le daltonisme, de Silex (Berlin), sur la statistique des affections oculaires après la foudre, de Saltler sur les [illegible] syphilitiques de la cornée.

Et pour terminer, quatre lignes résumant dans ce journal l'analyse de la dernière édition de Galezowski : « Que « celui qui veut étudier les maladies des yeux en français « s'en rapporte à ce livre. Il a comme préface cette phrase : « n'oublions pas que nos maîtres, à nous ophthalmologistes « français, s'appellent Daviel, Demours, Desmarre. »

Ces dernières lignes sont en français. Eh oui ; nous avons eu pour maître Daviel, auquel nous allons ériger une statue [illegible].

A ce propos, qu'il nous soit permis de raconter ici l'origine de cette statue. Hallenhoff rencontra en Hollande la gravure de Le Marquis. Daviel est représenté deux fois, en buste et en corps. C'est avec cette estampe que le médaillon de Daviel a été fait, dessiné, sculpté et fondu. Hallenhoff pensait avoir rencontré un tirage unique.

Jugez de ma joie, [illegible], quand dans une flânerie, rue Saint-Lazare, je découvris chez un marchand d'estampes, exilé des quais, cette gravure [illegible].

La photographie s'en vendait à Dijon. Pourquoi donc? Tout cela est un mystère dont voici la clef.

Daviel, en 1756, de [illegible] opéra de la cataracte Devoges, peintre de Dijon, né à Gray en 1732, et maître de Prudhon. Devoges avait été opéré sans succès de l'autre côté, en 1756. L'opération réussit et Devoges fit le tableau

donc Le Myre grava l'estampe. Cette planche est une des meilleures du graveur rouennais. Elle représente Daviel de profil se dirigeant vers le temple de la gloire, — guidé par la Médecine et l'Expérience. — Un génie de la Renommée représenterait Devoges, d'après Hédon, qui a publié l'œuvre de Le Myre. Dans le coin, à droite, se trouve le médaillon précieux de Daviel, presque de face. Cette estampe porte en bas l'ode à Daviel, par M. L. Ch. D. F., publiée dans le *Mercure de France*, en 1752.

Faut-il rappeler que Daviel, en 1756, eut une discussion fort vive avec l'Académie au sujet de ses voyages en Hollande; le 14 août de la même année il fut néanmoins réinstallé comme membre de la Compagnie.

Et voilà comment, nous avons pu, grâce à Le Myre, faire connaître Daviel, notre ancêtre vénérable, comme le dit Galezowski et l'ancêtre de tous les opérateurs modernes de cataracte, y compris de Graefe, n'en déplaise au journal de Berlin.

F. PANSIER (de Cluny).

CORRESPONDANCE

Superstitions et maladies.

Paris, le 2 juillet 1888.

Monsieur le Rédacteur,

J'ai assisté dimanche passé au Pardon de Plougastel, en Bretagne. On trouve, à l'endroit appelé le Passage, une chapelle et, à l'intérieur, une petite statue de saint Jean ornée d'une médaille. Les paysannes viennent embrasser la statuette et se frottent les yeux avec la médaille, pour la guérison des affections oculaires. La statue passe de mains en mains et d'ophtalmies purulentes en kératites. Une pastorienne (la suscitée de 2 à 3 jours) ayant protesté, fut corrigée d'importance. Je ne sais pas comment saint Jean s'y prend pour guérir plus tard ce qu'il a inoculé. Bien à vous,

Dr X...

Il sera toujours utile de signaler les faits de ce genre, extrêmement nombreux et bien connus de tous ceux qui ont été en Bretagne, en Vendée; d'ailleurs bien d'autres pays valent ces contrées à ce point de vue. Mais le remède est plus difficile à faire appliquer qu'on ne le pense. Bien malin sera celui qui pourra empêcher le paysan de se faire tuer en voulant se faire guérir. Cependant des mesures énergiques seraient à prendre; la chose est trop claire pour que nous y insistions davantage.

BIBLIOGRAPHIE

Note sur la suggestion; par E. JENDRASSIK. *Neurolog. Centrbl.*, 1888, nos 10 et 11 (1).

Fille de 27 ans, hystéro-épileptique, ayant mené la vie la plus romanesque : mise au couvent par son père, enlevée par un amant, abandonnée par lui, ramenée au couvent, s'en échappe de nouveau, puis quitte la maison paternelle en s'emparant de 400 florins, se déguise alors en homme et vit sous ce déguisement pendant près de quatre ans, puis, arrêtée par la police, est de nouveau prise de grandes attaques hystéro-épileptiques. — Anesthésie droite complète, rétrécissement du champ visuel ; ovarie à droite. Tendance à l'inversion du sens génital. — L'hypnotisation de la malade est très facile, il suffit de lui dire : « Vous dormez » ou même de pousser une brusque exclamation pour qu'elle s'endorme aussitôt. Tel était le sujet qui servit aux expériences de M. E. Jendrassik : celles-ci ont été très nombreuses et l'auteur a pu répéter sans difficulté la plupart de celles faites à la Salpêtrière. Il en est d'autres qui doivent être particulièrement signalées, c'est ainsi que par suggestion le rythme de la respiration put être très nettement influencé comme le montre l'inscription de la courbe des mouvements du thorax, au point que l'on observa des pauses respiratoires complètes de 2 1/2 à 3 1/2 minutes, et que, dans des conditions prolongées, la malade, en 5 minutes, ne faisait pas plus de 5 respirations. Très intéressantes aussi sont les expériences par suggestion de brûlures : application d'un morceau de papier à filtrer que l'on dit à la malade être un sinapisme ; le lendemain matin en retirant le papier, la place était rouge et parsemée de petites vésicules. — On touche l'avant-bras de la malade avec une boîte en carton, qu'on lui dit être un fer rouge en lui annonçant qu'il se formera une eschare : tout d'abord on ne remarque rien, puis, au bout de quelques minutes, une rougeur sur la peau, se forme une ampoule, le tout ayant parfaitement la forme de la boîte, il s'ensuivit une brûlure très profonde qui mit trois semaines à guérir et laissa pendant longtemps une cicatrice rouge. — Dans une autre expérience, faite, nous dit l'auteur, avec toutes les précautions possibles contre la supercherie, un anneau portant une encoche, fut appliqué sur le bras gauche de la malade endormie et représenté à elle comme étant un métal brûlant, puis la malade fut réveillée ; tout d'abord rien ne sembla se produire, puis, au bout de 5 minutes, on s'aperçut par hasard que sur l'autre bras, le bras droit, côté anesthésique, dans la région symétrique à celle où l'application avait eu lieu, il existait une vésicule de forme annulaire avec une encoche analogue à celle que portait l'anneau ; il s'était donc fait un transfert. — Une expérience du même genre, mais encore plus convaincante fut faite de la façon suivante : M. E. Jendrassik prit une lettre en relief, un K comme celles dont on se sert pour marquer le linge, et sans que la malade eût pu la voir, la lui appliqua sur l'épaule gauche en lui disant que c'était un fer rouge ; quelques minutes après, il se forma, sur l'épaule droite, une vésicule ayant exactement la forme de ce K, mais renversé de gauche à droite, et, par conséquent, superposable à l'empreinte qu'aurait formée la lettre appliquée sur l'épaule gauche. — Une personne inconnue produisit, par suggestion, chez cette malade, une brûlure avec des ciseaux appliqués sur la moitié droite du thorax. Il s'ensuivit une cicatrice avec kéloïde ayant bien la forme de ciseaux, mais qui malheureusement apporta une certaine gêne aux mouvements du bras. Sur cette malade l'aimant avait une action énergique (transfert de l'hémianesthésie, des contractures, des douleurs), mais si celle-ci était un peu prolongée, il survenait des attaques. Quand une fois l'action de l'aimant s'était fait sentir, on pouvait retirer celui-ci et lui substituer n'importe quel objet, cette action se continuait encore. Dans les considérations dont l'auteur fait suivre le récit de ses expériences, il cherche à pénétrer le mécanisme intime de la suggestion. Nous ne pouvons entrer dans le détail de cette discussion, mais nous essayerons d'en retracer les points principaux. La différence entre l'état de veille et le sommeil consiste en ce que, dans le premier cas, de nouvelles idées naissent continuellement par des processus d'association ou par de nouvelles excitations sensorielles, tandis que dans le sommeil les idées nées spontanément se trouvent mises en association d'une façon plus ou moins automatique ; dans le sommeil, l'excitabilité des cellules est considérablement affaiblie, à tel point qu'il faut de très fortes excitations pour les impressionner et encore ces excitations fortes ont-elles le plus souvent pour objet d'amener le réveil. Dans l'hypnose, au contraire, les cellules jouissent de leur excitabilité normale, mais ce sont les processus d'association qui se trouvent supprimés, aussi n'existe-t-il dans cet état qu'une seule idée, celle qui a été suggérée et celle-ci par le fait même de son unicité s'empare en maîtresse de l'esprit. — Un autre point sur lequel insiste M. E. Jendrassik c'est l'influence de l'hypnotiseur lui-même sur les résultats obtenus : Il existe plusieurs écoles qui ont leur point de départ dans les différences d'individualité des expérimentateurs ou plutôt dans les différences de la capacité suggestive de ceux-ci. On peut formellement affirmer que si par hasard un cas regardé comme typique par une école était tombé dans d'autres mains, son hypnose aurait pris une autre forme. — M. Jendrassik pense que l'anesthésie hystérique est bien distincte de l'anesthésie organique (absence d'hémiopie, absence de chute les yeux étant fermés, absence de blessures, de brûlures sur les membres anesthésiés). — Il fait remarquer que dans l'expérience de la lettre en relief lorsque cette expérience a lieu par application sur la peau sans que la malade ait pu voir la lettre, le transfert donne une image symétriquement renversée ; si, au contraire, on montre

(1) Voir aussi, par le même auteur : *De l'hypnotisme* in Archives de Neurologie, 1886.

la lettre au malade et qu'on lui suggère l'idée de brûlure (sans contact avec la peau) le transfert donne une image non renversée, et, en effet, dans le premier cas c'est le transfert de l'impression cutanée qui se fait; dans le second, au contraire, c'est le transfert de l'idée concrète de la lettre. L'auteur fait aussi remarquer que dans le cours du temps on observa chez sa malade des modifications très marquées de son état psychique; c'est probablement à quelque chose d'analogue qu'il faut rapporter les modifications considérables qu'elle présenta vis-à-vis de l'hypnotisme; en effet, dans la dernière période de son séjour à l'hôpital, il était devenu difficile de lui donner de nouvelles suggestions et elle réagissait assez mal dans l'état hypnotique. PIERRE MARIE.

Foie flottant et rate mobile : par M. GOUNDOBINE. (*Meditzinskoe Obozrênié*, T. XXIX, n° 7, Moscou).

Les observations de foie flottant sont, en général, rares, surtout chez les enfants. Dans le cas de M. Goundobine, il s'agit d'un garçon de 14 ans, apprenti menuisier, qui s'est présenté avec une douleur dans l'hypochondre droit, douleur spontanée qui devenait intolérable pendant la marche et le travail, de même qu'après le repas. L'origine de cette douleur remonte à un an à peu près. Il y a deux ans, le malade a eu la fièvre intermittente, contractée dans une maison humide qu'il habitait avec ses parents. Cette fièvre, à type quotidien, a duré 3 mois 1/2 et a été suivie à un intervalle de 1 mois 1/2 d'un ictère simple d'une durée de 6 semaines. Après une nouvelle période de 6 semaines, le malade a ressenti dans les deux hypochondres l'existence de tumeurs non douloureuses et facilement réductibles. Ce n'est que depuis un an que la tumeur droite est devenue permanente, irréductible et douloureuse. Notons aussi que depuis 6 mois il a, tous les deux ou trois jours, des urticaires qui durent de 5 à 7 heures et qui s'accompagnent de démangeaisons très vives.

Les antécédents héréditaires et personnels ne sont d'aucune valeur. Dans les organes thoraciques, on ne trouve rien de particulier : les limites des poumons sont normales, le cœur n'est pas hypertrophié. Du côté des organes digestifs, il faut noter quelques phénomènes dyspeptiques tels que sensation de brûlure après le repas, lourdeur dans l'épigastre, constipation. L'abdomen n'est pas météorisé. Le malade étant debout, on constate que l'hypochondre droit forme une saillie convexe plus prononcée qu'à gauche. En percutant la région hépatique dans cette attitude, on peut délimiter ainsi le foie : en haut et à droite, il correspond au bord inférieur de la 8e côte sur la ligne mammillaire, au bord inférieur de la 9e sur la ligne axillaire antérieure, au bord inférieur de la 10e sur la ligne axillaire postérieure et, enfin, au bord inférieur de la 11e sur la ligne scapulaire. A gauche, le foie correspond à la ligne médiane. En bas, il descend sur la ligne mammillaire jusqu'à 5 centimètres au-dessous du bord inférieur de la 8e côte. Dans le décubitus dorsal, la percussion donne les mêmes résultats.

La palpation permet de constater l'existence d'une tumeur qui par sa forme et sa consistance rappelle exactement le foie : surface égale, lisse, à bords arrondis et présentant à la partie antérieure de sa face convexe une incisure; cependant, on ne sent ni la vésicule, ni les ligaments. Cette tumeur est irréductible; les manœuvres de la palpation provoquent de la douleur qui s'irradie jusqu'à l'épigastre.

La rate n'est pas augmentée de volume : la matité splénique commence au niveau de la neuvième côte, la limite antérieure est normale, le bord inférieur se sent à 4 centimètres au-dessous de la dixième côte. Le malade peut faire saillir sa rate en faisant des expirations profondes, mais, le soupir terminé, la tumeur disparaît aussitôt.

Nous avons tenu à rapporter cette observation dans ses principaux traits pour mettre en relief les deux circonstances qui confirment le diagnostic d'un foie flottant : c'est d'abord la présence dans l'hypochondre droit d'une tumeur qui rappelle par sa forme et sa consistance le foie et, ensuite, l'absence absolue de causes, autres que celle d'un foie flottant, qui peuvent nous expliquer l'abaissement de la limite supérieure de la matité hépatique. Ni le rein flottant, ni les tumeurs d'un organe abdominal quelconque, ni les cirrhoses, ni les tumeurs du foie lui-même n'auraient donné ce tableau clinique.

Mais ce qui vient encore confirmer ce diagnostic, c'est le traitement qui consistait dans une ceinture élastique autour de l'abdomen avec une pelote pour le foie. Un mois après, la douleur a complétement disparu et les limites du foie et de la rate sont redevenues à peu près normales.

J. ROUBINOVITCH.

Contribution statistique et clinique à l'étude de la paralysie générale progressive chez la femme; par SIEMERLING — *Charité Analen XIII Jahrg.*

Voici, d'après l'auteur lui-même, les conclusions auxquelles aboutit ce travail fait principalement à l'aide de matériaux fournis par le professeur Westphal. Le nombre des femmes atteintes de paralysie générale, qui ont été reçues à la Charité de 1880 à 1886, est par rapport au nombre des hommes admis pour la même maladie dans cet espace de temps, comme 1 est à 3,3. Les nécessités d'admissions pour les femmes atteintes de paralysie générale, appartenant aux classes moyenne et supérieure de la société présentent pour les dernières années (depuis 1880), en comparaison avec l'augmentation de population féminine à Berlin une diminution. L'âge le plus exposé à la paralysie générale, est pour la femme entre 36 et 40. L'apparition de la maladie et les nécessités d'admission se sont produites pour les dernières années 1882 à 1886 à un âge plus jeune que dans les années 1877 à 1881. Le plus gros contingent pour la paralysie générale, est fourni par les femmes mariées. Parmi les femmes non mariées, les filles publiques sont représentées seulement par un chiffre de 6 0/0. Dans 54 0/0 des cas, M. Siemerling a pu arriver à la connaissance des conditions étiologiques. Parmi celles-ci, ni les grossesses, ni les irrégularités de la menstruation, ni l'âge critique ne jouent un rôle prédominant. En première ligne il faut mettre les influences nuisibles dues à des conditions sociales défavorables, à la difficulté du combat pour l'existence. C'est seulement après celles-ci que se groupent, les autres causes parmi lesquelles en première ligne, la syphilis (1) et l'hérédité. Au point de vue clinique, l'auteur s'est particulièrement occupé de l'immobilité pupillaire réflexe, et des modifications des phénomènes rotuliens. La première existait chez 64 0/0 des malades; quant au signe de Westphal, il existait chez 20 0/0 des sujets examinés. la combinaison de ces deux phénomenes s'est montrée dans 25 0/0 des cas. L'augmentation du réflexe rotulien a été constatée chez 34 0/0 des malades. — L'opinion de Jung, que chez la femme le premier stade, est un stade de mélancolie, ne serait pas justifiée. — La marche de la maladie est en général plus calme chez la femme que chez l'homme; chez elle, il existe surtout une démence apathique bien prononcée. Dans 34 cas où les renseignements anamnestiques étaient suffisants, la durée de la maladie a été de 2, 5 années. L'auteur joint à son travail plusieurs observations dont l'intérêt réside plus particulièrement, soit dans l'étiologie, soit dans la marche de l'affection. PIERRE MARIE.

Un cas de coxalgie hystérique chez un soldat; par le Dr Zénon GLORIEUX.—(Communication à l'*Acad. de Med.*, Bruxelles 1888).

Les cas de coxalgie hystérique chez l'homme sont encore fort peu nombreux, et, par cela même, le fait rapporté par M. Glorieux présente un intérêt véritable qui est encore accru par la façon très complète dont ce cas a été étudié. Il s'agit d'un artilleur de 24 ans qui était entré à l'hôpital pour des désordres auriculaires, et, après un séjour de plusieurs semaines, fut pris d'une paralysie avec engourdissement des jambes, qui bientôt se limita à la jambe gauche. Points douloureux au niveau des dernières vertèbres lombaires et de l'articulation sacro-iliaque; diagnostic : névralgie sciatique. Ce diagnostic ne sembla pas, à M. Z. Glorieux, répondre entièrement à la réalité des faits et, de l'examen attentif auquel il se livra, résulta pour lui la conviction qu'on était là en présence d'un cas de *coxalgie hysterique* présentant tout l'aspect d'un cas

(1) Il est bon de remarquer qu'en général la recherche de la syphilis antérieure chez la femme est des plus difficile, le plus souvent presque impossible : on ne sera donc pas surpris que M. Siemerling mette ici l'influence de la syphilis au second plan; tandis que cette influence est, je pense, tout à fait prédominante dans la genèse de la paralysie générale. (P. M.).

analogue qu'il avait pu étudier à la Salpêtrière dans le service de M. le Pr Charcot. — Il suffit de lire l'observation de M. Glorieux pour partager entièrement sa conviction ; les symptomes présentés par le malade sont réellement typiques et l'on serait presque tenté de reprocher à l'auteur la minutie de la discussion dont il fait suivre ce cas ; mais, peut-être, n'a-t-il pas en somme tout à fait tort, car il serait fort étonnant que la Belgique ne comptât pas, elle aussi, ses « réfractaires à l'hystérie. » — Sans entrer ici dans une description complète du malade, qu'il nous suffise de rappeler : l'existence d'une anesthésie dite « en gigot », l'absence du sens musculaire, la disparition du réflexe cutané plantaire, une attitude tout à fait semblable à celle du malade de M. le Pr Charcot atteint de coxalgie hystérique. Et, en outre de tout cela, les stigmates hystériques les plus nets : diminution de la sensibilité et aussi du sens musculaire pour tout le corps, rétrécissement bilatéral du champ visuel plus marqué pour le bleu que pour le rouge, diathèse de contracture (à ce propos, il est bon de faire remarquer l'état de contracture très prononcée dans lequel se trouvaient les muscles de la jambe malade; cette contracture était beaucoup plus marquée et surtout plus durable que dans les cas de sciatique, où les muscles sont plutôt en état de vigilance que de contracture vraie). Enfin, si on avait pu conserver quelques doutes par rapport à l'existence d'une coxalgie organique, l'examen de l'articulation sous le chloroforme n'aurait pas tardé à les faire disparaître, car elle révéla que la jointure était absolument normale. M. Z. Glorieux fait suivre l'exposé méthodique de ces faits par quelques considérations intéressantes sur l'étiologie, le pronostic et le traitement de la coxalgie hystérique. PIERRE MARIE.

Purpura hémorrhagique primitif ou purpura infectieux primitif; par le Dr Martin de GIMARD. Thèse de Paris, 1888. — Steinheil, éditeur.

Cette étude de M. Martin de Gimard est basée sur un grand nombre d'observations personnelles ou inédites portant sur des enfants, ou des individus jeunes tout au moins. Par son début brusque, soit chez des individus affaiblis, soit chez des sujets en pleine santé, avec fièvre et symptômes souvent graves, cette affection se caractérise et se différencie des purpuras secondaires, cachectiques, etc. ; l'auteur a bien montré les diverses formes qu'elle pouvait revêtir : maladie de Verlhoff, forme la plus bénigne; formes typhoide, suraiguë, gangréneuse, pseudo-rhumatismale. Un point fort curieux est la transmission du purpura de la mère au fœtus, lorsque l'affection survient pendant la grossesse. Deux chapitres fort intéressants, et auxquels s'est surtout attaché l'auteur, sont ceux de l'anatomie pathologique et de la pathogénie. Il a reconnu dans le sang des malades la présence d'un microcoque, se réunissant, par groupe de 3 à 4, et animé de mouvements. Ce staphylocoque ne se retrouvait plus dans le sang pendant la convalescence. Il a pu être cultivé dans du bouillon, il se développe à la surface de l'agar-agar, non dans la profondeur. Le sang d'un malade injecté à des lapins et à des cobayes n'a donné lieu à aucune hémorrhagie ; tandis qu'après l'injection du bouillon de culture, on a trouvé chez les animaux inoculés des hémorrhagies du péritoine, et des ecchymoses du rein, de l'intestin et des muscles. Chez les individus morts de purpura primitif, le Dr Martin de Gimard a trouvé dans le rein, les vaisseaux obstrués par des colonies nombreuses de ces microscoques trouvés dans le sang; il les a retrouvés aussi dans les vaisseaux de la peau, au niveau des taches purpuriques. On doit donc pouvoir actuellement admettre que la maladie en question est infectieuse, microbienne. Les micro-organismes se répandent dans l'économie, et pendant une première période prodromique; l'organisme résiste, et il ne se produit pas d'hémorrhagies. Plus tard celles-ci se font dans les points où la circulation est moins active et où les vaisseaux ont un calibre plus considérable, ce qui pourrait expliquer l'arrêt des microbes à leur niveau. Ces hémorrhagies s'expliquent non seulement par l'effet d'une stase mécanique, mais aussi par celui d'un ensemble de phénomènes inflammatoires, au point où se sont arrêtés les microbes ainsi qu'au pourtour dans les petits vaisseaux, ce qui explique les taches purpuriques. Ces taches reviennent par poussées, dont la production peut s'effectuer par la translation de microcoques dans le courant circulatoire. On lira avec grand intérêt cette thèse qui envisage la question du purpura sous un jour tout nouveau.

A. RAOULT.

Etude sur la Méthémoglobine; par le Dr Henri BERTIN-SANS, chez J.-B. Baillière et fils, Paris.

La *Méthémoglobine* est un composé défini, obtenu à l'état cristallin ; elle prend naissance par suite d'une altération particulière de la matière colorante du sang. Cette substance a été, dans ces derniers temps, l'objet de nombreux travaux faits à l'étranger ; en France elle a été peu étudiée et seulement au point de vue physiologique. M. le Dr Bertin Sans, fils du savant professeur d'hygiène de la Faculté de médecine de Montpellier, a eu l'heureuse idée de réunir tous les documents relatifs à ce sujet, de les discuter et de soumettre à une expérimentation nouvelle les points qui lui ont paru douteux. La part faite à l'historique est large ; les différentes hypothèses sur le mode de production de la *méthémoglobine* sont étudiées avec soin, ainsi que son mode de préparation à l'état cristallin ; sa formation et son rôle dans l'organisme.

L'ouvrage est divisé en six chapitres. Dans le premier, l'auteur fait l'historique de la question, et étudie, dans le second, les divers modes de formation et la préparation de la *méthémoglobine*; il passe en revue ses propriétés et s'étend avec soin sur les caractères du spectre qu'elle présente; il termine en parlant de sa constitution. Dans le chapitre suivant, M. Bertin Sans étudie la *méthémoglobine* dans l'organisme, passe en revue les travaux du professeur Hayem sur ce sujet et nous fait connaître l'action des substances diverses (*nitrites, nitrobenzol, chlorates, acide pyrogallique, kairine*, etc.) qui provoquent sa formation. Le chapitre quatrième est consacré à la recherche et au dosage de la *méthémoglobine*.

Le chapitre dernier et le plus intéressant, est l'exposé des recherches expérimentales entreprises par l'auteur ; les premières sont relatives aux divers modes de production de la *méthémoglobine* qui prend naissance, soit par l'action des agents chimiques (*permanganate, chlorate de potasse, ferricyanure de potassium, eau iodée*) soit par simple exposition à l'air de l'*oxyhémoglobine*.

L'étude des divers spectres d'absorption de la *méthémoglobine*, variables suivant le milieu dans lequel on l'examine, fait le plus grand honneur au talent d'observation de l'auteur.

En *solution acide*, la *méthémoglobine* présente un spectre fort analogue à celui de l'*hématine* dissoute dans l'alcool acidulé. Ce spectre est constitué par *quatre* bandes ; cette opinion est contraire à celle des auteurs qui se sont occupés antérieurement du même sujet : le spectre de la *méthémoglobine alcaline* ne présente plus que *trois bandes*. Nous recommandons à nos lecteurs cet intéressant travail qui résume de la manière la plus claire l'état de nos connaissances actuelles sur ce sujet, et apporte en même temps des faits nouveaux, établis avec toute la rigueur scientifique désirable.

P. YVON.

Physiologie des exercices du corps; par le Dr FERNAND LAGRANGE. — Paris, Félix Alcan, 1888, 1 vol. in-8, 372 pages.

Les extrêmes se touchent toujours. Pour remédier à ce qu'on appelle le surmenage intellectuel, on n'a rien trouvé de mieux que d'inventer le surmenage physique ; pour reposer l'esprit des pauvres lycéens, qui, hélas ! savent assez se reposer tout seuls, on a cru bien faire en soumettant leurs membres aux acrobaties les plus étranges. Les maîtres de gymnastique, auxquels on a confié le soin de développer les exercices physiques chez ces jeunes gens, ont presque toujours mis toute leur science et toute leur coquetterie à transformer leurs élèves en véritables clowns. Est-ce bien là cependant ce qu'on devait chercher ? Il y a plusieurs années déjà que les médecins se sont élevés contre cette gymnastique de cirque à laquelle on veut façonner tous les Français de notre génération : ils ont montré les inconvénients de ces travaux funambulesques, de ces tours de trapèze, etc., qui semblent à présent indispensables au développement des exercices musculaires. Le livre que vient de publier M. le Dr Lagrange insiste avec beaucoup de raison sur l'inutilité et même sur le danger d'une pareille éducation physique : il montre, au contraire, l'heureuse influence

des exercices plus simples qui ne recueillent peut-être pas les applaudissements des spectateurs, mais qui donnent au corps toute la vigueur et la souplesse nécessaires.

Mais comment arriver à cette démonstration ? M. Lagrange s'est dit que le meilleur moyen de convertir les incrédules, c'était de leur mettre sous les yeux tous les méfaits des acrobaties à la mode. Et, pour être compris même des plus ignorants, il a commencé son livre en étudiant les origines du travail musculaire, les organes du travail, les mouvements avec la production de chaleur et la combustion qui les accompagnent. Puis il a étudié les limites de ce travail, la fatigue et ses causes, l'essoufflement et ses dangers, la courbature, le surmenage, etc. Alors il a examiné quelles sont les modifications apportées dans l'économie par l'accoutumance au travail : il a décrit la résistance à la fatigue, les changements de forme des organes, l'entraînement, les modifications fonctionnelles et psychiques. Toutes ces notions étant bien établies, il a pu analyser facilement les différents exercices du corps, les exercices violents, les exercices de force, de vitesse et de fond : les uns déforment l'individu, les autres ne le déforment pas ; ceux-ci développent la poitrine, ceux-là peuvent provoquer la rupture musculaire, etc. ; les exercices de précision doivent être préférés aux exercices de force. Mais, pour apprendre tous ces tours compliqués, il faut fournir un travail cérébral quelquefois assez puissant ; au lieu de faire disparaître les inconvénients du surmenage intellectuel, la gymnastique acrobatique ajoutera donc encore aux défectuosités de notre enseignement. Oui, le travail physique est digne de tous les encouragements. Mais c'est à la condition qu'il soit exécuté de façon à n'être ni un danger pour le corps, ni une cause de fatigue pour le cerveau. P. L.

Manuel pratique de la garde de l'Infirmière ; par Bourneville, avec la collaboration de MM. Blondeau, de Boyer, etc., Tome IV. *Administration et comptabilité*, par Pinon. Tome V. **Hygiène**, par Sollier.

A. Sept leçons sont consacrées par le directeur de la Pitié à l'étude attrayante et moralisatrice du service de l'Assistance publique et des Écoles municipales d'infirmiers et d'infirmières. Du moins, le sympathique fonctionnaire a-t-il su intéresser et éduquer par la façon dont il a traité son sujet. Cette étude se compose, en réalité, de deux parties : l'histoire et le mécanisme. L'auteur s'en est fait une arme instructive autant que civilisatrice. Il montre, en effet, d'abord l'esprit même de la législation, afin d'animer du feu sacré du dévouement l'infirmier et l'infirmière attachés aux plus nobles soins. C'est dans le même but qu'il expose l'historique de l'Assistance publique et son organisation, son fonctionnement, ses améliorations à travers les âges [illegible] à chaque pas, la description des rouages administratifs sert d'enseignement pratique ou philosophique. Enfin les trois dernières leçons détaillent la division du travail au personnel des infirmiers dans ses rapports avec les malades, en expliquant les motifs des diverses opérations administratives, dans l'intérêt de ceux-ci comme de ceux-là. Nous appellerons particulièrement l'attention sur le chapitre des Devoirs, longuement et éloquemment tracés par M. Pinon. Cette septième leçon constitue le digne complément de la première. Voilà un petit volume qui, à notre avis, forme un travail bien ordonné, sagement équilibré, dont le style agréable et [illegible] en chaque ligne le plus sain [illegible].

B. Mettre l'hygiène à la portée de tous [illegible] en [illegible] lui conserver son esprit scientifique, telle a été la préoccupation de M. Sollier. [illegible] au même titre que celle des autres connaissances [illegible] qui ont fait l'objet des autres volumes du manuel. Et il fallait éviter de rabaisser l'hygiène [illegible] du peuple et les gens du monde n'ayant que trop de tendance à [illegible] et pratique [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] de règles hygiéniques [illegible] plus grand avantage [illegible].

P. [illegible]

Des résultats éloignés de la cure radicale des hernies épigastriques, par M. le Dr Ch. Le Page. — Thèse Paris, 1888, — Ollier-Henry, éditeur.

Il est extrêmement intéressant, à la suite des grandes opérations et surtout à la suite de la cure radicale des hernies, de pouvoir suivre les malades ou les revoir au bout d'un temps plus ou moins long, afin de constater le bénéfice qu'ils en ont retiré. Cet examen des faits est malheureusement fort difficile dans la clientèle hospitalière et il est très fâcheux de voir dans les thèses et les divers travaux sur les opérations, les observations souvent privées de cette étude complémentaire, qui est, en somme, la notion la plus instructive devant guider le chirurgien pour l'intervention ou la non-intervention. Aussi le travail du Dr Le Page comble-t-il cette lacune à propos des hernies épigastriques opérées. Il a pu retrouver des malades opérés 12 mois, 22 mois et 2 ans auparavant et il a constaté dans quel état ils se trouvaient depuis ce temps et comment se comportait leur hernie. Sur dix-sept opérations de cure radicale qu'il a pu recueillir, et dont plusieurs sont inédites, on ne trouve que trois récidives et pas un seul cas de mort. En outre, ces récidives ne se compliquent d'aucun symptôme grave ; le malade est délivré des phénomènes alarmants qui l'empêchent de travailler, quitte à porter un bandage ou une ceinture. Si la hernie persiste, donc elle reste réductible et non douloureuse et se maintient facilement réduite. L'auteur admet pour l'opération les indications suivantes : 1° Quand une hernie épigastrique réductible gêne le travail, ou entrave les fonctions digestives, on peut tenter la cure radicale ; 2° quand elle est irréductible, volumineuse, douloureuse, qu'elle empêche tout travail, est incompatible avec l'existence, il faut opérer. 3° quand un malade porte une hernie dont il ne souffre pas, mais qui le gêne à cause du bandage qu'il est obligé de porter, s'il réclame l'opération, on ne doit pas la lui refuser. Les suites de l'opération sont des plus bénignes et le malade ne peut qu'en retirer un grand profit. Si malheureusement la récidive existe, nous avons vu que le malade est néanmoins soulagé et peut reprendre son travail. En dehors de ces aperçus rétrospectifs, la thèse du Dr Le Page contient la relation de 19 observations de hernies épigastriques et une étude sur le manuel opératoire de la cure radicale de cette affection. A. Raoult.

De quelques phénomènes névropathiques réflexes d'origine amygdalienne ; par le Dr A. Ruault. — Ext. des *Arch. de Laryngologie.*

L'amygdalite chronique et l'angine granuleuse donnent souvent naissance à des réflexes dans la zône du glosso-pharyngique et du pneumo-gastrique. L'auteur a remarqué qu'une excitation (cautérisation avec le galvano-cautère) ou une lésion de la partie centrale de l'amygdale, produit une *douleur d'oreille* très intense, profonde, lancinante, durant quelque fois plusieurs heures. D'autre part, une excitation ou une affection de la partie inférieure de l'amygdale peut donner lieu à une *toux* violente, quinteuse, rauque, parfois éructante, ou à des *réflexes gastriques* : efforts de vomissement, hypersécrétion acide de l'estomac. C'est ainsi que l'hypertrophie des amygdales des enfants est souvent compliquée d'otalgie et de et de surdité, surtout dans la forme que M. le Dr Ruault appelle *pharyngite hypertrophique* de l'enfance. Chez l'adulte l'amygdalite est accompagnée plus souvent de toux quinteuse et de nausées, de vomiturition, parfois même d'asthme bronchique. A. Raoult.

De la cachexie thyroïdienne dans la maladie de Basedow ; par le Dr Gabriel Gauthier (de Charolles). *Lyon médical*, 27 mai 1888.

L'auteur insiste sur l'existence dans tous les cas de maladie de Basedow avec autopsie de lésions plus ou moins prononcées du corps thyroïde aboutissant à la destruction de l'élément glandulaire de l'organe, de telle sorte qu'à l'hypertrophie organique correspond une atrophie fonctionnelle. Rappelant alors les travaux de Reverdin, de Kocher, etc... sur la cachexie strumiprive, ceux de Ord, de Charcot, etc... sur le myxœdème spontané des adultes, et ceux de Bourneville et Bricon sur le myxœdème des enfants, M. Gauthier fait ressortir que dans tous ces cas, c'est l'atrophie ou la disparition du corps thyroïde qui a été le point de départ de la cachexie. — De la comparaison

de ces différents ordres de faits, il conclut que dans la cachexie thyro-exophthalmique (maladie de Basedow), la lésion du corps thyroïde joue un très grand rôle ; aussi pense-t-il que lorsque cette lésion est accessible aux moyens chirurgicaux (kyste, tumeur de la thyroïde), il est bon d'intervenir (Tillaux), car on peut quelquefois rendre ainsi à la thyroïde son fonctionnement normal et par conséquent guérir ou tout au moins améliorer beaucoup le malade. PIERRE MARIE.

Des amyotrophies d'origine périphérique, par R. NINA RODRIGUES. Thèse de Rio-de-Janeiro, 1887.

Ce travail présente un relevé complet des connaissances actuelles sur les formes d'amyotrophie considérées jusqu'ici comme indépendantes d'une lésion des centres nerveux. Il est divisé en deux parties : la première consacrée à l'étude des névrites périphériques ; la seconde à celle des différentes variétés de myopathie dont les caractères sont exposés d'une façon fort exacte. Cette partie du travail de M. R. Nina Rodrigues est rendue particulièrement intéressante par la relation de trois cas de myopathie atrophique progressive (3 frères) observés par l'auteur dans la clinique du D[r] Moncorvo à Azevedo. La photographie d'un de ces malades est jointe à l'observation. Un dernier chapitre est consacré aux amyotrophies myopathiques non progressives localisées. PIERRE MARIE.

Ricerche istologiche sull' intossiecamento degli animali ibridi equini; in *Sicilia*; par N. CHIODI, — Palermo, 1887.

Tous les ans les mulets de Sicile sont éprouvés par une maladie spéciale, qui fait parmi eux de grands ravages ; ils ont de l'amaigrissement, de l'ictère, de l'hématurie, perdent leurs poils et meurent. L'auteur, après des recherches nombreuses, attribue cette maladie à un champignon aérobie, la *peronospora ibridum equi*. Il donne des dessins de ce champignon dans le sang, dans l'urine et dans les cultures. ALEX. P.

Sullo Sviluppo degli spermatozoidi ; par D. BIONDI, *Archivio per le scienze mediche*.

L'auteur, étudiant le développement des spermatozoïdes, rappelle les travaux qu'a soulevés à ce propos la théorie de Ebner. Ses observations portent sur les testicules des mammifères et aussi sur les batraciens. Il reconnaît d'abord dans le tube au repos, une cellule principale ronde, qu'il appelle cellule séminale (cellule épithéliale de Sertoli), toutes les cellules du tube dérivent de cette cellule ; c'est la théorie d'Ebner. Dans le testicule en activité, apparaissent des cellules staminales qui forment au-dessus d'elles une seconde zone de cellules mères, composée de 2-3 cellules, celles-ci donnent naissance à 4-6 cellules filles. De celles-ci, naissent les spermatozoïdes seulement au dépens du noyau. AL. P.

On Hæmmorrhages and False membranes wifthin the cerebral subdural space, occuring, in the insane ; par WIGLESWORTH ; in *The Journal of mental science*, janvier 1887.

Sous ce titre, l'auteur entreprend une révision des faits anatomo-pathologiques sur lesquels Virchow a construit l'histoire de la pachyméningite. Il se déclare complètement revenu de la théorie allemande et admet que dans la plupart des cas de pachyméningite, il existe une hémorrhagie primitive dans la cavité arachnoïdienne, et un enkystement secondaire du caillot. Il cite l'opinion de Bristowes conforme à la sienne, celle de plusieurs autres médecins américains et anglais (Gowers, Clouston, etc.), et aborde ensuite l'examen de 400 autopsies portant sur différentes formes d'aliénation, dans lesquelles la paralysie générale compte pour plus d'un quart 29,7 %. C'est dans cette dernière maladie que l'hémorrhagie se rencontre le plus souvent, et ce que l'on voit surtout, c'est du sang pur ou mélangé de caillots occupant l'espace subdural sans aucune trace de la présence de membranes à la face inférieure de la dure-mère. Dans quelques cas d'aliénation à marche rapide, l'auteur dit avoir également trouvé des hémorrhagies primitives sous la dure-mère. A. PILLIET.

Sur la nature parasitaire des tumeurs cancéreuses ; in *Riforma medica*, Genova, 1888 ; par D. JACCOSEL...

Une grande partie de l'École italienne depuis quelques années suit manifestement à la remorque de l'École allemande ; les travaux divers publiés, en Italie, à la suite de la communication de Scheurlen en fournissent une nouvelle preuve. L. ... conclut ainsi son travail : Dans les tumeurs malignes se trouve un bacille qui a une forme distincte, cylindrique, renflé à son extrémité en ellipsoïde, se cultivant sur la gelatine où il forme des colonies nettes en deux mois. On le trouve constamment dans des tumeurs variées : Encéphaloïde, épithéliome, sarcome, squirrhe. Cet organisme ne se trouve pas dans les tumeurs bénignes, lipome et fibrome. Il est pathogène pour les animaux inférieurs chez lesquels il détermine une infection qui peut être mortelle. Il est probable que les tumeurs malignes et la cachexie qui les accompagnent sont sous sa dépendance. Malgré les objections qu'on peut soulever, il est convaincu que les tumeurs malignes sont parasitaires et que leur histoire sera refaite d'après les théories nouvelles. A. PILLIET.

Sulle cellule epitaliali nella regione olfattiva degli embrioni ; par ALESSANDRO LUSTIG, Turino, 1888.

Travail qui a pour but de montrer comment les cellules épithéliales caliciformes ou à cils vibratils de l'embryon émettent des prolongements profonds qui se mettent en rapport dans le chorion de la muqueuse avec les ramifications nerveuses des cellules ganglionnaires. Les cellules ainsi reliées au plexus nerveux forment les cellules olfactives de M. Schultze, les autres restent de simples cellules épithéliales. Ce processus est complet chez le nouveau-né. C'est le développement de M. Schultze sur les cellules nervo-épithéliales. AL. P.

Ancora sui neutralizzanti del virus tuberculare ; par GIUSEPPE SORMANI. Rendiconti instituto Lombardo, série II, vol. XX, fasc. XIX.

Dresse une liste de 21 substances neutralisant le bacille de Koch, la plupart de ces substances sont énumérées dans la thèse récente de Villemin. A. P.

Un caso di Peripachimeningite purulenta da carie delle vertebre ; par Adolpho FIGLIUSI ; in *Rassegna di scienze mediche*, n. 3, anno III, Tipi Vincenzi, 1888.

Rapporte un cas dans lequel à cause des phénomènes de myélite aiguë secondaire ascendante joints à l'absence de déformation bien nette, on pensa au diagnostic de paralysie ascendante de Landry, alors qu'il s'agissait d'un mal de Pott comme le montra l'autopsie. A. P.

Sulla esistenza della capsula nel Bacillo del carbonchio ; par A. SERAFINI in *Progresso medico*, Napoli, avril 1888.

L'auteur décrit au bacille une capsule ou plutôt une enveloppe semblable à celle du pneumocoque de Friedländer, visible par la coloration violet de gentiane, la décoloration par l'alcool à 90° avec le 1/12 de Zeiss, OC. IV, etc. Abbé tube allongé. La capsule ne se voit pas sur les cultures. L'auteur l'assimile à la membrane qui, selon de Bary, servirait d'enveloppe à toutes les bactéries. A. P.

Two cases of diffuse sarcoma of the spinal pia mater, par S. COUPLAND et W. PASTEUR ; in *Transactions of the Pathological society of London, for*, 1887.

Le premier cas concerne une femme de 22 ans, entrée pour des douleurs rhumatismales et présentant surtout une diminution marquée du pouvoir musculaire sans paralysie. La malade mourut avec délire et coma. A l'autopsie, rien au cerveau mais de nombreux nodules d'apparence gélatineuse à la surface de la dure-mère. Au niveau de l'étage moyen du crâne toute la surface de la dure-mère était couverte d'une nappe diffuse de tissu semblable de même apparence et tous les nerfs de la queue de cheval plus ou moins chargés de petites tumeurs dont les plus grandes étaient d'un 1/2 pouce de large et d'un 1/4 de pouce de haut. Au microscope sarcome embryonnaire type, dont les petites cellules dissocient plus ou moins les faisceaux des racines nerveuses. Le second cas concerne une petite fille de 4 ans 1/2, morte avec des symptômes de méningite et chez laquelle la moelle était également recouverte d'une néoformation en nappe constituée par du sarcome encéphaloïde. Ils rapportent un cas de Schultz et un d'Ollivier 1837, un de Lancereaux, un de H. Bennet, un de Long Fox et d'autres, rapportés dans les Pathological Transactions. AL. P.

On a case of ophthalmoplegia dependent upon thrombosis of the cavernous sinuses; par S. Coupland, in *The ophthalmological Society's Transaction*, vol. VII.

Rapporte un cas d'ophthalmoplégie symétrique concernant une femme de 43 ans, débilitée et syphilitique sans autre paralysie, morte dans le coma, ayant présenté à l'autopsie de la méningite de la base et de la thrombose des sinus caverneux. L'auteur rappelle, à ce propos, l'histoire de cette complication rare et en donne une liste de 28 cas pris dans les auteurs anglais, français et allemands. Al. P.

VARIA

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu (*Suite*).

MÉMOIRE EN RÉPONSE A CELUI PRÉSENTÉ PAR LES RELIGIEUSES DE L'HÔTEL-DIEU DE PARIS, A M. LE CONTRÔLEUR GÉNÉRAL.

Ce mémoire commence par l'historique du gouvernement de l'Hôtel-Dieu, que nous connaissons déjà.

... L'autorité de l'administration temporelle n'est contestée dans aucune circonstance par le Chapitre de Notre Dame, et elle est assez bien établie pour n'avoir pas besoin d'être confirmée par les constitutions des religieuses. Ces constitutions ont été faites en 1652 et confirmées en 1725, et on n'en fait la remarque que parce que les religieuses invoquent leurs vœux pour fonder leurs réclamations contre trois articles du règlement dont il est question. C'est en cet état qu'elles ont été homologuées au Parlement le 17 mai 1725, sur la requête présentée le 14 du même mois par un membre du chapitre ayant pouvoir *ad hoc*. L'administration temporelle ne paroit pas avoir eu connoissance de ces constitutions, et encore moins de l'homologation. La requête du chapitre à fin d'homologation ne lui a point été communiquée, ni la constitution de l'homologation ne lui ont été signifiées, au moyen de quoi il s'est glissé dans ces constitutions quelques articles contraires à l'autorité de l'administration temporelle, on ne peut exciper contre elle de l'homologation qui en a été ordonnée, puisqu'elle lui est étrangère (1). Mais elle doit avoir son effet à l'égard des religieuses, leurs constitutions ont la sanction qu'elles doivent avoir pour les obliger à les observer. Elles se trouvent, par là, subordonnées de droit à l'administration spirituelle pour tout ce qui concerne leur conduite personnelle, en tant que les droits de l'administration temporelle n'y sont pas compromis, et pour les soins envers les malades qui y sont très détaillés et très-bien distingués en charités corporelles et charités spirituelles; ces dernières sont annoncées partout comme les principales qu'elles aient à remplir auprès d'eux; cependant les charités corporelles y sont ordonnées au point qu'il est defendu aux cheftaines (1res religieuses des salles) et aux Sœurs de se decharger pour le service des malades sur les convalescens. Ces charités consistent à rendre aux malades toutes sortes de services, même les plus bas et les plus pénibles, comme de faire leurs lits, de vider leurs bassins, de laver leur linge, etc. Les constitutions rappellent sans cesse aux religieuses qu'elles sont les servantes des pauvres; et pour leur ôter toute idee de propriété, elles declarent qu'il est constant et connu de tout le monde *que l'Hotel Dieu n'a été fonde et institué que pour les pauvres malades qui sont les vrais seigneurs et maitres* ..

Les religieuses ne sont pas seulement subordonnées à leurs superieurs spirituels pour leur conduite personnelle et le service des malades, elles le sont encore de droit et de fait à l'administration temporelle, pour toutes les choses qu'on ne peut pas appeler spirituelles... L'autorité de l'administration sur les choses temporelles est si bien etablie, que les recettes et les dépenses de la sacristie même sont entièrement de son ressort, tous les prêtres de l'Hotel-Dieu sont subordonnés au Chapitre de Paris pour ce qui concerne leurs fonctions, mais le sacristain, qui est à la nomination du Bureau, n'est subordonne qu'à lui, parce que ses fonctions n'ont que du temporel pour objet. Les ornemens, la cire et *tout ce qui coute ou rapporte de l'argent* en font partie... Quant à la police, il est connu de tout le monde que l'administration temporelle a non seulement le droit de l'exercer dans l'intérieur de l'Hotel-Dieu, *mais qu'elle l'y exerce seule*, elle a droit et est en possession de faire tous les règlemens.

On a peine à voir comment les religieuses peuvent attaquer ce droit aujourd'hui, et pretendre que l'administration ne peut en homologuer aucun dans l'Hotel-Dieu sans l'avoir fait homologuer au Parlement. On ne peut attribuer une pretention aussi nouvelle qu'à de mauvais conseils...

De 52 articles dont le nouveau reglement est composé, il n'y en a que 3 contre contre lesquels les religieuses reclament, savoir le 23me qui concerne le renvoi des malades guéris, le 41me, qui porte que la distribution des alimens aux malades se fera en présence des chirurgiens, conformement aux ordonnances des médecins, et le 42me qui indique les precautions à prendre pour que cette distribution se fasse successivement dans les deux ou trois salles qui doivent former le département de chaque chirurgien...

Quelques touchantes que soient les expressions du mémoire des religieuses, relativement au 23me article, il faut convenir cependant que cette fonction qui est souvent un ministère de rigueur, par la difficulté de faire sortir de l'Hotel-Dieu des gens qui s'y trouvent mieux que chez eux, est plus convenablement place entre les mains d'un homme qu'entre celles des religieuses... parce qu'il convient que, dans un hopital où le nombre des malades excède celui des lits, on tienne rigoureusement la main au renvoi de ceux qui sont guéris, afin de faire place et de donner plus d'aisance aux véritables malades, et que des religieuses ne sont nullement propres à cet acte de rigueur. Mais les religieuses sont d'autant plus mal fondées à reclamer contre cet article que leurs constitutions mêmes les obligent d'en référer à l'autorité de l'administration temporelle, plutot que de contester avec les médecins dans le cas où, malgré les representations qu'elles sont autorisées à leur faire, ils croiroient devoir passer outre, et renvoyer des malades qu'elles ne jugeroient pas en état de sortir, elles sont obligées de les laisser faire, et il leur est défendu de garder soit par faveur ou recommandation, des malades après qu'ils auront été renvoyes ou de les employer dans leurs offices a quoi que ce soit...

Pour l'article 41, elles reconnoissent le droit des médecins d'ordonner les alimens aux malades, mais elles se plaignent amèrement de la présence des chirurgiens à la distribution qu'elles sont chargées d'en faire, comme d'une innovation injurieuse pour elles. Elles demandent si l'on a à se plaindre de *leur inexactitude et de leur légereté...* A cela on répond que, puisque les religieuses offrent de distribuer les alimens aux malades avec la plus grande régularité, conformément aux ordonnances des médecins écrites sur les cahiers de visite, la présence des chirurgiens et la lecture qu'ils sont chargés de faire de ces ordonnances ne soit et ne peut nullement les gêner, comme on conçoit qu'elle devroit le faire si elles n'avoient point cette intention, parce que ce seroit autant de témoins incommodes de la manière arbitraire dont elles se proposeroient de faire cette distribution, mais supposez, comme on doit le faire, l'intention des religieuses de suivre exactement les ordonnances des médecins, les chirurgiens ne sont plus à leur égard que de simples lecteurs pour ce qui concerne la distribution des alimens aux malades. Mais, indépendamment de cette fonction, les chirurgiens sont encore charges par l'article 44 du même règlement, de suspendre jusqu'à la visite suivante la nourriture ordonnée aux malades dans l'état desquels il seroit survenu quelque changement, ou d'en faire diminuer la quantite, suivant les circonstances, et d'en rendre compte aux medecins, leur présence est donc doublement necessaire à la distribution des alimens, et quelque science dans l'art de conduire les malades que puissent avoir quelques religieuses, il est cependant certain que les fonctions attribuées aux chirurgiens par cet article sont celles qui conviennent à des officiers de sante et ne doivent pas faire plus de peine aux religieuses que les autres fonctions qu'ils ont à remplir dans toutes les salles de l'Hotel-Dieu.

. . . .

Quant au reproche fait à l'Administration du manque de confiance qui l'a portee à employer une précaution que les religieuses regardent comme humiliante pour elles, *on sait que la confiance ne s'exige pas, mais qu'elle se gagne*, et l'Administration, en avouant avec plaisir et sincerité même, qu'il n'y a rien à desirer pour les soins personnels que les religieuses rendent aux malades, *se trouve malheureusement obligée de declarer qu'il n'en est pas de meme pour ce qui concerne non seulement la distribution des vivres aux malades, mais meme leur consommation* en général. A l'egard de la distribution des vivres aux malades, deux mémoires remis par les medecins de l'Hotel-Dieu a l'Administration, le premier en 1756, l'autre en 1780, decouvrent une foule d'abus qui se commettent dans cette distribution...

Le Bureau a renouvelé les anciens règlemens et en a fait de nouveaux pour la réforme de tous les abus venus à sa connoissance. On a toujours promis de s'y conformer *et on les a toujours éludes*... Les faits cités par les religieuses dans leurs mémoires pour justifier leurs réclamations sont la plupart étrangers au règlement...

(1) Cette vieille campagne entre les deux pouvoirs revient toujours sur le terrain.

Médecine et Charlatans.

Il y a quelque temps, une malade atteinte de coliques hépatiques nous montra une ordonnance, signée par un *vrai* docteur en médecine, et formulée ainsi : « à prendre un flacon d'HUILE DE HAARLEM (Koning Tilly), *medicamentum gratiâ probatum*. » Nous avons facilement trouvé à Paris un pharmacien qui nous a délivré le fameux flacon. Ledit flacon était enveloppé dans une feuille de papier où l'on peut lire ce qui suit. Quoique l'huile de Haarlem soit un médicament connu, nous reproduisons cette petite réclame pour montrer jusqu'où peut aller l'amour du gain quand même et descendre la valeur intellectuelle de ceux qui ordonnent, en 1888, à des hommes civilisés pareilles insanités. Il est vrai que les malades guérissent après être soignés de la sorte ; c'est ce qui a toujours été et ce qui sera toujours la meilleure excuse de MM. les charlatans. M. B.

En tête du prospectus se trouvent les *armes de Tilly*. Au-dessous on lit textuellement (1):

En Jesus Christ se trouvent tous les Thresors de guérison tant de l'Ame que du corps. Toutes les vertus des Medicines, et toute la sagesse et habilité des Medicins est de lui par lui et a lui. A lui soit honneur et gloire pour jamais. Amen.

VERTUS ET EFFETS DU MEDICAMENTUM GRATIA PROBATUM.

Cette Medicine fait des merveilles en ceux qui s'en servent, et la Grace du Toutpuissant s'y fait sentir à merveille.

Cette Medicine prise et s'unissant avec le Chyle de l'Estomac, est comme un Mercure volant, qui ne laisse monter les vapeurs sans s'y mêler : Elle ne laisse couler aucun humide dans les veines ou nerfs, sans l'accompagner même jusqu'à la sortie par les pores : Elle se communique et developpe sa vertu, nonobstant qu'elle soit expulsée par l'urine, ou par la selle.

Quand on prend de cette Medicine 15 Gouttes après le souper en s'allant coucher, elle chasse doucement et sans douleurs la Gravelle et les Pierres sans qu'on en sente aucune incommodité ; et ce qui est surprenant, en dissolvant les pierres, elle fait croitre la chair, et ce qui plus est, elle a parfaitement gueri un homme, dont la playe, lui faite par les coupures precedentes, avoit deja durée 11 ans, et la quelle devenoit quelque fois si puante qu'elle fourmilloit de vers, et le Patient puoit par la sortie de l'urine, et tout ce qu'il avoit d'habits sur lui pourrissoit, et tout étoit deja preparé pour le couper une troisieme fois : Dans les dites onze années plusieurs pierres étoient sorties par apostume par la dite playe. Celui qui voudroit douter de la verité de ce recit, s'il a quelque amour pour la verité, n'a qu'à s'en informer aupres du Patient même, nommé *Adolp Cornelisz Jonkhout*, demeurant dans le Moolesteeg à Harlem.

Celui qui voudra prendre de cette Medicine de deux jours l'un 15 Gouttes, sera dans l'espace d'un an entierement delivré de sa pierre, et il ne lui en coutera plus de 3 Florins. On la peut prendre à toute heure du jour, si l'on n'a pas peur du soulevement.

Cette *Medicine Approuvée par la Grace* guerit les bandeaux et pressures sur ou à l'autour de l'Estomac, les froissures des mains et des pieds, la douleur des reins, le sang caillé et les tachesbleues, et tous ceux qui par trop de Gravelle ne peuvent retenir l'Urine. Toute sorte de fièvres et incommodités d'estomac : poumon et foie : l'Asthme et la Toux, les blessures et ulcéres en dedant, les passions historiques et les maux qui en proviennent, et facilite les ordinaires, l'urine et la selle : Elle corrige les humides radicaux et donne une bonne couleur aux visages : Elle guerit le Scorbut et l'Hidropisie, la Maladie Angloise, les bandeaux du ventre et les vers. Toutes ces maladies se guerissent en prenant 15 Gouttes de deux jours l'un, et aux Enfans on donne autant de Gouttes qu'ils ont des années.

Celui qui se servira de ce remede une fois par semaine, ne sera guere incommodé de la Gravelle, Fievre, Dissenterie ou des pustules au visage et se garantira de plusieurs autres maux. Il guerit aussi le battement du cœur et la migraine, en le flairant, comme on fait avec l'eau de la Reine, ou en mettant un étoupillon qui en soit mouillé, dans les oreilles.

Si vous mouillez le bout du doigt avec cette Medicine, et mettez puis après le doigt sur le coin de l'œil, et pendant que vous l'y tenez, ouvrez les paupieres 3 ou 4 fois, en faisant comme cela une fois par quinze jours ou par mois, vous vous pourrez passer de Lunettes jusqu'à 70 ou 80 ans, et garderez la vue bonne.

Pour les ulceres malins, on les en doit frotter et prendre aussi la Medicine en dedans, comme il est dit ci-dessus, fut-ce même le Chancre, il en guerira : Si vous vous êtes brulé, trempez un linge fin dans cette Medicine et mettez le sur la brulure, en le mouillant de tems en tems avec une plume : Elle guerit les blessures recentes, le mal de dents, le tintoin de la tête et la sourdité en mettant des étoupillons trempez dans cette Medicine dans les oreilles.

Les maux de long temps et enracinez demandent un long et continuel usage du remede, et de cette maniére j'ai vû guerir des maux de 20 à 40 ans des même maux que les Medicins jugeolent être incurables, ont été miraculeusement gueris par cette Medicine : Les grandes douleurs de ventre et de Colique cessent d'abord lorsque on en prend 30 Gouttes. Les Enfans recemment nez, lorsqu'ils crient pour les douleurs dans les entrailles, en sont incontinent soulagez, quand on leur en fait prendre l'ou deux Gouttes : Les accouchées trop affoiblies ou gardants quelque incommodité, reçoivent grand soulagement par cette Medicine, aussi guerit-elle les jambes ulcérées.

Si quelqu'un a des pierres dans la Vessi, il en pourra faire l'examen plus sûrement que par les instrumens douloureux d'un Opérateur, car aussitôt qu'on se sert de ce Medicament, il dissout la matiere visqneuse qui encoure la pierre et qui s'attache à la Vessi, et la chasse, et elle se montre dans l'urine sous diverses figures, comme d'arraignées et d'autres insectes, ou comme la viscosité d'une anguille : On a quelque fois vû l'urine se cailler comme le jus de veau ; mais cela n'arrive, que lorsque le Patient est premierement gueri de la pisse de sang, ce qui se fait dans une ou deux semaines, en prenant 15 Gouttes de deux jours l'un. Il expulse la pierre en forme de farine, qui tombe au fond du verre, lorsqu'on le laisse en repos. Si quelqu'un a cette Medicine chez soi, et qu'il lui survient quelque accident, dont il n'est pas fait mention ici, il pourra pourtant s'en servir sans aucun danger. Elle ne se corrompt point, quand même on la garderoit 50 ans, pourvû qu'elle soit bien fermée. Il n'y a point de remede pour ceux qui suivent de mauvais conseils, ni pour ceux qui ne veulent se servir d'aucune Medicine, ou qui sont trop delicats pour en prende. On prend cette Medicine avec de l'eau de vie, du vin hidro Vel et du lait, etc. On sait par expérience, que quantité de personnes attaquées par des fièvres, en furent quites, en prenant trois jours de suite, le matin et le soir 25 Gouttes de cette Medicine, sans qu'il y eut de mauvaises suites, vû qu'elle ôte la cause et le venin des fièvres.

Ce *Medicamentum Gratia Probatum* se fait et se vend à *Harlem* chez C. DE KONING TILLY, dans la rue nommée Achterstraat, entre le Hoogstraat et Barnesteeg, ou les ARMES DE TILLY se trouvent au dessus de la Porte, l'ayant reçu par héritage de feu son Grand-Père NICOLAS TILLY, inventeur de cette célèbre Médecine, que l'a vendu depuis l'an 1698.

N. B. Nous déclarons, que ceux qui prétendent d'être de nos parens; ceux qui se nomment voyageurs pour notre fabrique et ceux qui disent, qu'après le décès de *C. de Koning Tilly*, ce Médicament sera vendu chez eux, sont des menteurs et des imposteurs.

1) L'orthographe a été scrupuleusement respectée.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Etat des Docteurs en médecine reçus pendant les mois de mai et juin (année scolaire 1887-1888).

MM. GIRAUD : Essai sur l'intervention chirurgicale chez le vieillard. — LABORDE : Des injections cavitaires et interstitielles d'éther iodoformé dans le traitement des tuberculoses locales. — VERGOZ : Contribution à l'étude du torticolis musculaire par contracture et rétraction. — DENIS : Contribution à l'étude de la géographie médicale (Campagne de Terre-Neuve en 1886). — GOOD : De l'influence de l'impaludisme sur la marche et la guérison des plaies. — OLIVIER : Etude sur la syphilis tertiaire du nez et des fosses nasales. — GIRAULT: Contribution à l'étude des cécités verbales. — LESQUENDIEU : Considérations hygiéniques et pathologiques sur Fontanezen. — JULIEN-LAFERRIÈRE : Contribution à l'irréductibilité des luxations metacarpo-phalangiennes du pouce et de leur traitement par l'arthrotomie à ciel ouvert. — AUBRY Léon : Contribution à l'étiologie de la fièvre typhoïde dans l'épidémie de Bordeaux de 1887. — DUPONT : De l'impuissance chez l'homme au point de vue médico-légal. — MALESPIME : Du pansement des plaies à l'aide des solutions hydrargyriques et en particulier celles de bi-iodure de mercure. — DUBUT : De la douleur dans les affections des voies urinaires et de son traitement.

Les Congrès scientifiques de l'Exposition de 1889 à Paris.

Il y aura en 1889, à Paris, dit la *Revue scientifique*, toute une série de Congrès pendant l'Exposition internationale : Congrès de zoologie, d'anthropologie, de physiologie (1), d'électricité, d'hygiène, de dermatologie, etc. (2). Toutes les sciences, ou peu s'en faut, seront représentées chacune par un

(1) Decision récente prise à la *Société de Biologie*.
(2) Voir les numéros précédents du *Progrès médical*, p. 122, 499, 1887.

congrès spécial. N'oublions pas de signaler que l'*Association française pour l'avancement des sciences* tiendra aussi son prochain Congrès à cette époque à Paris. Enfin le *Congrès français de chirurgie* aura lieu certainement au même moment. Il est à souhaiter que ces congrès réussissent encore mieux que tous les précédents. C'est aux Sociétés savantes parisiennes à prendre l'initiative et à rédiger des programmes bien étudiés. Comme la *Revue Scientifique*, nous osons croire, que les nations étrangères comprendront qu'il s'agit uniquement d'une œuvre de civilisation et qu'elles tiendront à honneur de s'y faire toutes représenter. *La science n'a pas de frontières.*

Etat de la pupille pendant le sommeil chloroformique.

Nous citons les indications ci-dessous, fournies par J. Henry Nelson dans le *British medical Journal* car elles nous paraissent des plus exactes et des plus utiles à connaître.

1° Au début de l'administration du chloroforme, la pupille se *dilate*, à un degré variable, et plus ou moins rapidement. — 2° Avec la narcose profonde (celle qu'on doit toujours obtenir), survient la *contraction*, plus ou moins intense. — 3° Si on diminue la dose de l'anesthésique, la pupille se *dilate* petit à petit. — 4° Si, au contraire, le sommeil étant obtenu et étant profond, on continue à administrer du chloroforme et si on en donne trop, la pupille, après s'être plus fortement contractée, se *dilate*, tout à fait *brusquement* et d'une façon plus *considérable*. C'est là la *dilatation pupillaire de l'asphyxie*, et celle dont il faut se garder. Ceci étant connu, il est facile d'administrer le chloroforme avec une certaine sécurité, toute relative bien entendu. Evidemment la respiration et le pouls restent toujours les meilleurs indicateurs de l'effet de l'anesthésique. Il faut bien savoir que l'insensibilité de la conjonctive n'est pas toujours la preuve d'une anesthésie complète; souvent la cornée est insensible, alors que la malade ne dort pas profondément et même s'agite, surtout si on a affaire à un alcoolique. L'état de la pupille serait, d'après l'auteur, en rapport constant avec l'état de la pression sanguine (1). M. B.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 16. — 1er *de Doctorat* : MM. Lutz, Bourgoin, Pouchet. — Examens avant lieu à 9 heures. 1er *de Doctorat* (1re partie) (Necker) (1re *Série*) : MM. Guyon, Ribemont-Dessaignes; — (2e *Série*) : MM. Delens, Pinard, Remy; — (2e partie) : MM. Potain, Straus, A. Robin; — (2e partie) (Charité (2e *Série*) : MM. Fournier, Legroux, Chauffard, Damaschino, Ollivier, Landouzy.

MARDI 17. — Examens ayant lieu à 9 heures. 1er *d'Officiat* (fin d'année) : MM. Bourgoin, Lutz, Villejean. — Examens ayant lieu à 1 heure. 5e *de Doctorat* (1re partie (Hôtel-Dieu) : MM. Duplay, Bouilly, Campenon; — (2e partie (1re *Série*) : MM. Bouchard, Legroux, Hanot; — (2e *Série*) : MM. Ball, Dieulafoy, Joffroy. — (1re partie) (Charité) : MM. Richet, Polaillon, Maygrier; — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Jaccoud, Fernet, Reynier; — (2e *Série*) : MM. Peter, Cornil, Hutinel.

MERCREDI 18. — Examens ayant lieu à 9 heures. 1er *Officiat* (fin d'année) : MM. Damaschino, Pouchet, Villejean. — Examens ayant lieu à 1 h. 5e *de Doctorat* 1re partie (Charité) (1re *Série*) : MM. Lannelongue, Delens, Segond. — (2e *Série*) : MM. Guyon, Ribemont-Dessaignes, Kirmisson. — (2e partie) : MM. Potain, Hayem, Joffroy. — (2e partie (Pitié) 1re *Série*) : MM. Straus, Landouzy, Chauffard. — (2e *Série*) : MM. Fournier, A. Robin, Brissaud.

JEUDI 19. — Examens ayant lieu à 9 heures. 1er *Officiat* (fin d'année) : MM. Laboulbène, Lutz, Villejean; — (2e *d'Officiat* (fin d'année) : MM. Damaschino, Campenon, Segond; 5e *de Doctorat* (1re partie) Hôtel-Dieu) : MM. Richet, Peyrot, Brun; (2e partie) (1re *Série*) : MM. Straus, Brissaud, Chauffard; — (2e *Série*) : MM. Cornil, Dieulafoy, Ballet.

VENDREDI 20. — Examens ayant lieu à 9 heures. 1er *d'Officiat* (fin d'année) : MM. Damaschino, Lutz, Villejean. — 5e *de Doctorat* (1re partie) Charité (1re *Série*) : MM. Trélat, Pinard, Jalaguier. Delens, Kirmisson, Segond. — 2e partie : MM. Fournier, Joffroy, Brissaud. — (2e partie (Hôtel (1re *Série*) : MM. Potain, Legroux, Brissaud. — (2e *Série*) : MM. Straus, Ollivier, Landouzy.

SAMEDI 21. — Examens ayant lieu à 9 heures. 1er (fin d'année). MM. Laboulbène, Lutz, Villejean. — Examens ayant lieu à 1 h. 5e *de Doctorat* (1re partie (Necker) : MM. Duplay, Campenon, Charpentier. — 2e partie (1re *Série*) : MM. Peter, Ball, Hanot. — (2e *Série*) : MM. Dieulafoy, Quinquaud, Hutinel. — (2e partie) Hôtel-Dieu (1re *Série*) : MM. Cornil, Legroux, Troisier. — (2e *Série*) : MM. Bouchard, Pinard, Ballet.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Jeudi 19. — M. Maurel. De l'épithelioma vulvaire. — M. Gache. Traitement de l'hypertrophie amygdalienne par l'ignipuncture [illegible]. — M. Bonnet. De quelques phénomènes observés à la suite des opérations pratiquées sur l'abdomen. — M. Delplanque. De l'acide crésylique et de ses propriétés antiseptiques. — M. [illegible]. Topographie médicale du canton d'Ax. — M. [illegible]. [illegible] et de ses rapports avec l'hygiène et la thérapeutique.

FORMULES

I. — Réactif de Nylander pour déceler le sucre urinaire.

I. — R. Sous-nitrate de bismuth . . . 2 grammes.
Tartrate de soude . . . . . 4 —
Lessive de soude à 8 pour 100. . 100 —

Mélanger. Laisser reposer vingt-quatre heures et filtrer sur du coton de verre. Cette solution se conserve plus d'un an sans s'altérer. Mettre dans un tube à essai 10 centimètres cubes d'urine et 1 centimètre cube de réactif : en chauffant, il se fait un précipité noir. M. Le Nobel a montré qu'avec cette réaction on pouvait mettre en évidence 0 grammes 25 de sucre par 100 grammes d'urine. (*Lyon médical*, 18 mars.)

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 1er juillet 1888 au samedi 7 juillet 1888, les naissances ont été au nombre de 1114, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 396; illégitimes, 148. Total, 544. — *Sexe féminin* : légitimes, 417; illégitimes, 153. Total, 570.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 1er juillet 1888 au samedi 7 juillet 1888, les décès ont été au nombre de 843, savoir : 481 hommes et 362 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 12, F. 11, T. 23. — Variole : M. 3, F. 2, T. 5. — Rougeole : M. 6, F. 8, T. 14. — Scarlatine : M. 2, F. 0, T. 2. — Coqueluche : M. 3, F. 4, T. 7. — Diphthérie, Croup : M. 15, F. 9, T. 24. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 122, F. 60, T. 182. — Autres tuberculoses : M. 14, F. 13, T. 27. — Tumeurs bénignes : M. 2, F. 8, T. 10. — Tumeurs malignes : M. 19, F. 28, T. 47. — Méningite simple : M. 10, F. 9, T. 19. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 24, F. 18, T. 44. — Paralysie : M. 4, F. 2, T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 2, T. 6. — Maladies organiques du cœur : M. 23, F. 20, T. 43. — Bronchite aiguë : M. 6, F. 11, T. 17. — Bronchite chronique : M. 11, F. 5, T. 16. — Broncho-Pneumonie : M. 3, F. 7, T. 10. — Pneumonie : M. 14, F. 9, T. 23. — Gastro-entérite, biberon : M. 25, F. 27, T. 52. — Gastro-entérite, sein : M. 8, F. 8, T. 16. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 3, F. 1, T. 4. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 5, T. 5. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 17, F. 7, T. 24. — Sénilité : M. 6, F. 12, T. 18. — Suicides : M. 15, F. 4, T. 19. — Autres morts violentes : M. 6, F. 6, T. 12. — Autres causes de mort : M. 78, F. 80, T. 158. — Causes restées inconnues : M. 4, F. 4, T. 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 91, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 32, illégitimes, 15. Total : 47. — *Sexe féminin* : légitimes, 31, illégitimes, 13. Total : 44.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. JOUBIN, ancien élève de l'École normale supérieure, agrégé des sciences physiques, préparateur au Collège de France, a soutenu, devant la Faculté des sciences de Paris, [illegible] pour le doctorat ès sciences physiques : *De la* [illegible]. M. Joubin a été jugé digne d'obtenir le grade de docteur ès sciences physiques. — M. HOVELACQUE a soutenu [illegible] pour le doctorat ès sciences naturelles : [illegible]. M. Hovelacque a été jugé digne d'obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours de clinicat chirurgical*. Ce concours s'est terminé par les nominations suivantes : M. [illegible] (Hôtel-Dieu), M. PICARD (Pitié), M. WALTHER (Charité), chefs de clinique titulaires ; sont nommés chefs de clinique adjoints, MM. Beurnier et Hache.

(1) Voir sur ce sujet un travail intéressant de notre ami le Dr P. Budin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. *Concours du clinicat des maladies des enfants.* — Ce concours vient de se terminer par les nominations suivantes : M. DESCHAMPS est nommé chef de clinique titulaire, M. MARTIN DE GIMARD, chef de clinique adjoint. *Concours du clinicat des maladies syphilitiques et cutanées.* Le concours vient de se terminer. M. FEULARD est nommé chef de clinique titulaire, M. Cayla, chef de clinique adjoint.

— *Concours du prosectorat.* — Ce concours vient de se terminer par la nomination de MM. DELBET et POTHERAT, anciens prosecteurs provisoires. Les questions données à ce dernier concours ont été les suivantes. Histologie : *Fibres nerveuses et* [illegible]. Dissection : *Artères du bras, de l'avant-bras et de la main, muscles auxquels ces artères se rendent ; nerfs de ces* [illegible]. Médecine opératoire : *Ligature de l'artère tibiale postérieure* [illegible] *les malléoles. Désarticulation des deux der*[illegible] *avec les orteils correspondants.*

— *Création d'une nouvelle chaire de clinique obstétricale.* Le Conseil municipal a voté l'installation, à la Maternité, d'une [illegible] nouvelle. Les dépenses seront partagées par [illegible]

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — M. [illegible] des Facultés de médecine, est nommé professeur [illegible] à ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — La chaire de pathologie interne de ladite Faculté est déclarée vacante. Un délai de [illegible] jours, après le 7 juillet, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE POITIERS. — M. [illegible], suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes [illegible], est nommé professeur de physiologie.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. *Faculté de médecine de Prague.* — M. le Dr VON ERMENGHEM est nommé professeur ordinaire [illegible] bactériologie. — *Faculté de médecine d'Iéna* M. le Dr HOFMEISTER est nommé doyen pour 1888-1889. — *Faculté de médecine de Tomsk.* Cette Faculté sera prochainement ouverte. — *Université de Berlin.* M. E. GRUMMACH est nommé professeur de médecine interne. — *Université de Vienne.* M. VON HOFMAN est nommé doyen de la Faculté de médecine. — *Université de Fribourg.* M. VON KAHLDEN est nommé privat-docent d'anatomie pathologique.

ASSOCIATION DES ÉTUDIANTS DE BORDEAUX. — Cette association est définitivement constituée depuis quelques jours.

ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE. — La prochaine réunion [illegible] Association aura lieu à Glasgow, du 7 au 10 [illegible]

CONCOURS DU DISPENSAIRE GÉNÉRAL A LYON. — Le concours pour [illegible] places de médecins du dispensaire s'est terminé par les nominations de MM. les Drs Blanc (E.), Leclerc, Mouisset et Rater.

CONSEIL DE SURVEILLANCE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Le Conseil municipal dans l'une de ses séances a émis le vœu [illegible] audit conseil un membre pris parmi les médecins des bureaux de bienfaisance et, a invité le préfet, à la première [illegible] dans les [illegible] places auxquelles il pourvoit, à [illegible] des bureaux de bienfaisance, membre du Conseil de surveillance.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Ledit Conseil est convoqué en session ordinaire pour le lundi 16 juillet 1888. La durée de cette session sera de huit jours.

CHOLÉRA AU TONKIN. — L'épidémie semble enrayée. On prend des mesures les plus sérieuses pour arrêter les progrès du choléra.

ÉPIDÉMIE DE VARIOLE A LA MARTINIQUE. — Le Parlement français vient d'accorder un secours extraordinaire de 100,000 fr. à distribuer aux populations de cette colonie éprouvée.

ÉPIDÉMIES. — Un nouveau foyer de suette miliaire s'est déclaré depuis le 15 juin, à Marmay, canton de Vivonne. — Une épidémie de [illegible] sévit à Bayonne sur le 49e de ligne.

INSPECTION MÉDICALE DES CORPS D'ARMÉE. — Une instruction [illegible] dispose que le général commandant un corps d'armée [illegible] l'inspection des différents services il sera [illegible] par les directeurs de ces services. D'après ce nouvel ordre de choses, l'inspection médicale d'un corps d'armée sera passée [illegible] directeur du service de santé de ce corps d'armée, au lieu [illegible] par un médecin inspecteur, qui souvent voyait [illegible] le personnel.

LABORATOIRES DE ZOOLOGIE MARINE. — M. A. Odin, ancien [illegible] des hôpitaux de Paris, pharmacien aux Sables d'Olonne (Vendée), va fonder, sous peu, dans cette ville située sur les bords de l'Océan Atlantique et très fréquentée l'été en raison de sa [illegible], un laboratoire de zoologie marine destiné à centraliser les recherches d'histoire naturelle faites sur cette portion du littoral. Ce laboratoire, qui sera analogue à ceux de [illegible] à Roscoff, Banyuls, etc., sera annexé à l'aquarium marin qui existe déjà aux Sables, grâce à l'initiative de M. Odin, et qui est construit sur le modèle de celui du Trocadéro à Paris. La description de cet aquarium a paru dans la *Nature* du 31 mars 1888. Cet aquarium fournit aux Facultés des sciences et aux autres établissements d'instruction publique les animaux marins nécessaires aux cours pratiques ou à des travaux personnels.

MÉDECINE EN TUNISIE. — Un décret établit, qu'à dater du 15 juillet 1888, nul ne pourra pratiquer dans la Régence la médecine, la chirurgie et les accouchements, s'il n'est possesseur d'un titre donnant droit à cette pratique dans le pays, où il lui a été concédé. L'exercice simultané des professions de médecin et de pharmacien est interdit.

MONUMENT A BOYER. — La Société de prévoyance des médecins de la Corrèze a ouvert une souscription pour élever un monument au célèbre chirurgien Boyer, dans sa ville natale, à Uzerche. Adresser les souscriptions à M. le Dr Pasquet, à Uzerche (Corrèze).

NOUVEAUX JOURNAUX. — Nous recevons le premier numéro d'un nouveau journal, *La Revue Scientifique des femmes*, journal des sciences physiques, naturelles, médicales, philosophiques et sociales, dirigée par Me Renooz ; il paraîtra une fois par mois, par fascicule de 48 pages. Cette revue publiera les travaux originaux, d'ordre scientifique et philosophique, faits par des femmes, l'analyse des thèses qu'elles subiront, les comptes rendus des séances des Sociétés auxquelles les femmes prêtent leur concours, la biographie des femmes célèbres, etc. — Nous trouvons les noms suivants parmi les collaboratrices : Mmes les docteurs en médecine, Madeleine Brès, la première reçue docteur en France, Miss Bradley, Conta, Olga, Kraft, Mesnard, Rose Perrée ; Me Bl. Edwards, Me Emma Chenu, licencié ès sciences mathématiques, Me Simonnet, professeur de physique, Me Kergomard, membre du conseil supérieur de l'instruction publique, Miss Biggs, directrice de *The English Women's Review*, Me Stanislas Meunier, auteur d'ouvrages d'histoire naturelle. Nous souhaitons le meilleur succès à cette nouvelle revue, avec d'autant plus de sincérité que les colonnes du *Progrès médical* seront toujours été ouvertes aux travaux de valeur publiés par les femmes.

REVUE SCIENTIFIQUE. — Sommaire du numéro 1 (7 juillet 1888). — Les congrès scientifiques de l'Exposition de 1889. — La Saccharine, par M. CH. GIRARD. — L'évolution des peuples de l'extrême Orient et la colonisation moderne, par M. DE LANESSAN. — Le chemin de fer transcaspien, par M. A. GERVAIS. — La chasse en Norvège, par M. LIE. — Causerie bibliographique. — Académie des sciences de Paris. — Revue industrielle, par M. GEORGES PETIT. — Informations. Correspondance et Chronique. — Bibliographie et Bulletin météorologique.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — M. MALESPINE, médecin aide-major, a été promu au grade de médecin de 2e classe.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le *prix Duparcque* pour 1889 sera décerné au meilleur travail, *manuscrit et inédit*, sur un sujet quelconque de pathologie chirurgicale. Les mémoires devront être parvenus au secrétariat, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er juin 1889. Le prix sera de la valeur de 600 francs, plus une médaille d'or de 100 francs.

UNE NOUVELLE FALSIFICATION DU LAIT. — M. le Dr H. THORNS, examinant un lait saisi par les autorités, y a constaté la présence du bleu d'Outremer, dans la proportion de 0,0823 grammes par litre. Ce lait, abandonné au repos, laissait percevoir une couleur bleuâtre à la surface. (*Revue Intern. des fals. des denrées alim.*)

UNE TORTURE AU XIXe SIÈCLE. — La philanthropique campagne pour l'*assoiement* des commis de magasin n'a pas commencé à Paris et ne date pas d'hier. Voici en quels termes, dès 1861, elle avait été ouverte dans la *Gazette médicale de Lyon*. Le cœur le plus insensible se resserre de pitié, au souvenir des attitudes permanentes, forcément infligées comme supplice aux victimes de la barbarie d'une autre époque. Et, sans aller si loin, il n'a aucun de nous, qui n'ait eu l'occasion de plaindre, quelquefois, en passant, une sentinelle condamnée à rester deux heures debout sur ses jambes. Eh bien ! le même fait se passe sous nos yeux, sans que nous ayons conscience. Dans tous les magasins qui *se respectent*, une loi des plus impératives ordonne aux commis *de ne jamais s'asseoir !* Plusieurs d'entre-eux nous l'ont affirmé, et la plupart attribuaient à ce régime une débilitation progressive, des tiraillements d'estomac, un amaigrissement dont ils n'auraient pu autrement se rendre compte. « Il faut toujours paraître occu-

pés, même quand on n'a rien faire », telle est la réponse que le patron oserait faire à leurs justes réclamations, s'ils osaient en hasarder. — Il y a là une tyrannie, un danger, contre lesquels notre voix resterait sans force, si elle n'espérait un auxiliaire tout puissant. C'est à nos dames, aux aimables acheteuses, que nous nous adressons pour réformer cet abus. En entrant dans les somptueux palais de la mode, qu'elles daignent jeter les yeux sur ce pauvre adolescent qui, pour parader devant elles, achève parfois à ce moment sa dixième ou douzième heure de faction. Un seul mot de leur bouche, suffira pour mettre fin à ce supplice, si à la formule sacramentelle : « Prenez la peine de vous asseoir, Madame », elles veulent seulement répondre, et aussi inflexibles dans leur ordre liberateur, que le patron dans sa prohibition inhumaine : « Après vous, Monsieur, s'il vous plait ! » (*Lyon médical*).

NÉCROLOGIE. — M. le Dr TORCHET (Simon-André), ancien interne des hôpitaux de Paris, reçu en 1826, vient de succomber à l'âge de 82 ans. Il a été médecin à Sédan pendant plus de 20 ans; il habitait Paris. — M. le Dr GUILLIER, chevalier de la Légion d'honneur, ancien médecin de l'Etat civil de Charonne, vient de mourir à 74 ans, dit la *France médicale*. Il a été jadis vice-président du Conseil d'hygiène du XXe arrondissement, à Paris et commandant de la garde nationale en 1848. — M. le Dr Milner FOTHERGILL, médecin de l'hôpital de Londres, pour les maladies de poitrine. On lui doit une foule de travaux. Son principal ouvrage a pour titre : *Principes de thérapeutique*. — M. le Dr GAUDIN, reçu en 1853, qui a exercé pendant 34 ans, la médecine, à Chauvigny (Vienne). — M. le Dr DUCROUX, pharmacien à Poitiers. — M. le Dr PRICE, professeur à l'Ecole de médecine de Leeds. — M. le Dr GOURRIER (de Marseille). — M. le Dr DELAMARE, médecin auxiliaire de la marine. — M. le Dr NADAUD (de Bourges). — M. le Dr WARYNSKI, assistant à la clinique de l'Ecole dentaire de Genève, ancien assistant d'anatomie pathologique à l'Université de Genève. On lui doit une thèse intéressante sur les *Poulets à cœur double* (1887) et un travail des plus soignés intitulé : *Contribution à l'étude du bec de lièvre*, paru en *français* dans les *Arch. de Virchow* de 1888, travail sur lequel nous reviendrons sous peu (M. B.).

Chronique des hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Cours de clinique des maladies du système nerveux* : M. le professeur CHARCOT. Leçons le mardi et le vendredi à 9 heures. — *Clinique mentale* : M. VOISIN, le dimanche à 9 h. et demie. — M. le Dr TERRILLON continue ses leçons *cliniques sur les affections chirurgicales de l'abdomen et des organes génitaux de la femme*, le mercredi à 10 heures. Visite et examen des malades à 9 heures. Opérations le samedi.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies mentales:* M. CHARPENTIER, mercredi à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants* : M. BOURNEVILLE, le samedi à 9 heures 1/2.

HÔPITAL BICHAT. — *Chirurgie.* M. le Dr TERRIER. Consultations les mardi, jeudi, samedi à 10 heures ; consultation spéciale pour les maladies des yeux et les oreilles le jeudi à 10 heures. Grandes opérations le mardi à 8 heures 1/2. Opérations sur les yeux le jeudi à 9 heures. Opérations diverses (chirurgie générale et gynécologique) tous les jours à 9 heures. — *Médecine.* M. HUCHARD et M. GAILLARD-LACOMBE. Consultations tous les jours, à 9 heures. Le jeudi, consultation spéciale pour les maladies du cœur, faite par M. Huchard et leçons de clinique et de thérapeutique médicale le dimanche à neuf heures et demie très précises.

HÔTEL-DIEU. *Clinique des Maladies des femmes.* — M. Dumontpallier a commencé son cours le samedi 9 juin 1888, à 9 heures et demie et le continue les samedis suivants, dans l'amphithéâtre spécial de gynécologie. — Les lundis et vendredis, consultation avec examen au spéculum.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

FERNAND MAURICE. La *Réforme agraire et la misère en France.* — Le journal *la Terre aux Paysans*, 16, rue Thévenot, à Paris, met en vente un ouvrage qui ne peut manquer d'attirer l'attention : *la Réforme agraire et la Misère en France*, par M. FERNAND MAURICE. C'est tout un côté de la question sociale, et non le moins important, celui de la propriété agricole et du prolétariat rural que l'auteur aborde, en même temps qu'il s'efforce de faire ressortir la gravité de la situation actuelle du pays, l'intensité du mal dont chacun souffre, et d'indiquer pour quelles raisons il vaut mieux chercher un remède à la crise dans la réforme de la propriété agricole et des procédés de culture.

Librairie G. MASSON, 120, boulev. St.-Germain.

MESNET (E.). — Considérations générales sur les fausses rages. — Observation du délire aigu hydrophobique. Hôpital Saint-Antoine (1872). Brochure in-8° de 24 pages.

Librairie P. ASSELIN, place de l'Ecole-de-Médecine.

PETIT (Th.). — Etude sur le bromure de potassium, ses applications en médecine dans le traitement des affections nerveuses. Brochure in-8° de 31 pages.

Librairie J. LECHEVALIER, 23, rue Racine.

DAUDEL. — Le Trésor de la maison. — Formulaire homœopathique permettant de traiter soi-même un bon nombre de maladies et de donner les premiers secours dans les cas graves, en attendant l'arrivée du médecin. — Traitement spécial du croup, du charbon, de la rage et du choléra. — Maladies des femmes et des enfants. Volume in-18 de 139 pages. Prix : 1 fr. 50

DAUDEL. — Doctrine médicale déduite de la métaphysique pure conduisant à l'application naturelle du remède à la maladie avec formulaire permettant de traiter soi-même bon nombre de maladies et de donner les premiers soins dans les cas graves, en attendant l'arrivée du médecin. — Traitement de la rage, du charbon, du croup et du choléra. — Maladies des femmes et des enfants. Volume in-8° de 408 pages. — Prix : 5 fr.

BRÉMOND (E.). — Influence du traitement térébenthiné sur la richesse du sang en oxyhémoglobine et sur la réduction de cette oxyhémoglobine. Brochure in-8° de 8 pages. — Daix, imp., à Clermont (Oise.)

CHURCHILL (J.-F.). — A letter to the registrar-general on the increase of cancer in England, Brochure in-8° de 63 pages. Prix : 1 fr. 25. — London, 1888. — David Scott.

HERZOG (C.). — Ein beitrag zur pothologischen anatomie des anges bei Nierenleiden. Volume in-8° de 77 pages, avec 6 planches hors texte. — Viesbaden, 1887. — Verlag von J.-S. Bergmann.

JACOBI (A.). — Heart and blood Vessels, in the young. Brochure in-8° de 19 pages. — New-York, 1888. — M. J. Rooney et Co.

JUDSON (A.-B.). — The orthopedic treatment of paralysis of the Anterior Muscles of the Tehigh. — Brochure in-18 de 8 pages. — New-York, 1888. — Trow's printing and Bookbinding Co.

JUDSON (A.-B.): — The Ischiatic Crutch. Brochure in-8° de 8 pages. — New-York, 1888. — Trow's printing and Bookbinding Co.

LAMPIASI-RUBINO (J.). — Sulla natura parassitaria dei tumori cancerosi. Brochure in-8° de 13 pages. Extrait de *la Riforma medica*. — Roma, 1888.

LAMY (A.). — Contribution à l'étude rétrospective du Burggræveisme ou méthode thérapeutique dosimétrique. Brochure in-8° de 136 pages. — Paris, 1888. — Ch. Chanteaud et Ce.

LARDIER. — Des manifestations utérines du paludisme. Brochure in-8° de 22 pages. — Rambervillers, 1888. — Imprimerie Méjat.

LEYDEN (E.). — Die Entzündung der peripheren Nerven (Polyneuritis-Neuritis multiplex), deren Pathologie und Behandlung. Brochure in-8° de 42 pages, avec une planche hors texte. — Berlin, 1888. Siegfried Mittler und Sohn.

LUMBROSO (G.). — Sulla paralisi del facciale di natura istorica. Brochure in-8° de 7 pages. — Firenze, 1888. — Tip. Cennioriana.

REYNOLDS (H.-J.) — A new method in the Treatment of the Vegetable Parasitic Diseases of the Skin. Brochure in-18 de 8 pages. — Washington, 1888.

REYNOLDS (H.-J.). — Stricture of the urethra. — Urethrotomy under cocaine Anæsthesia. Brochure in-18 de 14 pages. — Chicago, 1888. — Western medical reporter.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VIII. N° 29. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 21 JUILLET 1888.

Le Progrès Médical

OPHTHALMOLOGIE

Des troubles oculaires dans les altérations de la 5e paire et en particulier dans les affections dentaires ;

Par le Dr X. GALEZOWSKI.

Leçon faite à l'École pratique de la Faculté de médecine, recueillie et rédigée par le Dr F. DESPAGNET.

Toute maladie est caractérisée par un ensemble de symptômes dont chacun, pris isolément, peut souvent n'avoir qu'une importance médiocre, mais, tous réunis, ils sont plus ou moins caractéristiques de l'affection qui les produit. Aussi y a-t-il un grand intérêt à les rechercher isolément, à les analyser, pour dresser ensuite un tableau de leur valeur réciproque où l'on réunira les signes fonctionnels aux signes anatomiques, pour bien établir les relations qui existent entre eux. C'est ainsi que l'on arrive à faire un bon diagnostic. Mais dans cette comparaison, entre les phénomènes qu'accuse le malade et les lésions apparentes qu'il présente, il n'y a pas toujours de corrélation directe ; parfois les premiers sont beaucoup plus prononcés que ne pourraient le faire supposer les seconds, ou inversement, les lésions anatomiques sont très étendues chez des individus qui n'accusent que des troubles insignifiants. C'est alors que des difficultés se présentent et qu'il faut faire appel à toute votre attention.

Souvent, en effet, vous trouverez des malades qui se plaignent de douleurs péri-orbitaires très violentes, qui les fatiguent et les mettent dans l'impossibilité de vaquer à leurs occupations. Vous examinez les yeux et vous trouvez la conjonctive injectée. Les malades vous disent qu'ils ont le matin une sécrétion assez abondante dans les angles palpébraux ; leurs cils sont collés et vous concluez à une conjonctivite. Mais croyez-vous que cette conjonctivite puisse produire les névralgies pour lesquelles surtout vous êtes consulté ? Prenez-y bien garde et n'allez pas confondre un effet avec la cause qui l'engendre. Vous soignerez pendant 2, 3, 4 mois la conjonctive sans résultat. Attaquez-vous, au contraire, à la névralgie elle-même, à la névrite de la cinquième paire qui la produit et votre conjonctivite disparaîtra.

Vous constaterez parfois de petites pustules développées sur le bord scléro-cornéen, accompagnées de conjonctivite et photophobie. Est-ce la photophobie qui a produit la pustule, ou ces derniers qui ont provoqué la photophobie ? Cela vous sera facile de le discerner si vous vous souvenez que le plus léger degré d'herpès développé au bord de la cornée, ou sur un point quelconque de sa surface, peut donner lieu à une photophobie très intense. Il suffit donc que vous constatiez la plus petite vésicule cornéenne pour que vous expliquiez l'horreur que certains malades éprouvent pour la lumière.

Je vous ai, dans ma précédente leçon, parlé des affections lacrymales et des troubles visuels qu'elles engendraient. J'ai eu à soigner un homme atteint d'une amblyopie très prononcée. Il ne pouvait ni lire ni écrire. Il avait, en même temps, une photophobie telle que tout travail lui était impossible. Il ne pouvait même sortir de son appartement tant la lumière lui était insupportable. A l'examen ophthalmoscopique, on trouvait disséminées, dans le fond de l'œil, des taches atrophiques de la choroïde résultant d'une inflammation ancienne de cette membrane, inflammation d'origine syphilitique. Pendant une période de cinq années, le malade s'était soumis à un traitement hydrargyrique, que, successivement, trois confrères avaient dirigé. A part les lésions déjà vieilles et cicatrisées, mon examen était négatif ; les deux maculas étaient saines. Prenant alors en considération que, malgré un traitement spécifique aussi prolongé, les troubles visuels persistaient, je dus chercher ailleurs l'explication des phénomènes que je venais de constater et je trouvai les voies lacrymales complètement obstruées. Je me contentai d'inciser les canalicules lacrymaux, de dilater le canal nasal, et, deux mois après, le malade était guéri. La diathèse syphilitique, les lésions choroïdiennes n'étaient pour rien dans l'amblyopie qu'il présentait ; les larmes seules accumulées entre les paupières produisaient les troubles visuels et amenaient la photophobie par l'irritation permanente de la conjonctive. Voilà trois ans que j'ai pratiqué cette petite opération, et, depuis cette époque, chaque fois que se reproduit une petite gêne à la lumière, il me suffit de passer la sonde dans les voies lacrymales pour la faire cesser.

N'oubliez donc pas que l'œil peut être le siège de lésions simultanées, les unes anciennes, les autres récentes ; quelquefois même il y aura coïncidence dans leur développement. C'est à vous qu'il appartient de déterminer à quelle cause il faut attribuer le symptôme dominant, principal, pour lequel le malade vient vous consulter. Souvent il sera produit par la lésion la plus légère, presque insignifiante, que volontiers on laisserait inaperçue pour s'attaquer à l'affection qui, par les membranes qu'elle lèse, par l'étendue des désordres qu'elle provoque, en impose le plus communément et fait qu'on est tenté de lui rapporter tous les phénomènes que l'on découvre. Je viens de vous montrer qu'on fait ainsi souvent fausse route.

Je voudrais encore vous mettre en garde contre une tendance trop fréquente de rapporter plus spécialement à un œil des troubles qui sont dûs à un défaut de coordination des deux yeux, ou bien de vouloir, parce que les symptômes sont plus accusés d'un coté, mettre tout à la charge de l'œil de ce même côté. Permettez-moi de m'expliquer en vous citant un exemple. J'étais dernièrement consulté par un vieillard, qui, à la suite d'une violente émotion, eut une syncope. En revenant à lui, il se plaignit d'une fatigue de la vue qu'il attribuait à l'œil gauche, car c'était toujours du côté gauche qu'il la ressentait. Les mouvements des deux yeux étaient très réguliers et normaux. Il n'y avait aucune lésion apparente. L'examen ophthalmoscopique ne révéla rien. J'examinai alors le champ visuel et je trouvai que dans les deux yeux il était perdu du côté gauche. Il y avait une hémianopsie homonyme gauche résultant d'une hémorrhagie probable sur le trajet de la bandelette optique droite. Comme la vision était complètement perdue dans le champ visuel gauche des deux cotés, le

malade trouvait tout naturel d'en rapporter exclusivement la cause à l'œil gauche.

Voici un autre malade qui se conduit avec peine et qui vous répète sans cesse que c'est un œil et un œil seul qui le gêne ; vous l'examinez et vous constatez une paralysie d'un des muscles moteurs. Et ne croyez pas qu'il incrimine toujours l'œil atteint : non ! il se plaint de celui du coté duquel se trouve la diplopie qui le fatigue. Or, vous savez que dans la paralysie de la troisième paire, la vision double se produit surtout du côté de l'œil sain, et ce sera ce dernier dont le plus souvent se plaindront les malades.

Vous aurez aussi à donner vos soins pour des troubles visuels d'origine nerveuse, sans aucune lésion oculaire. Vous les rencontrerez dans certaines affections cérébrales, dans l'hystérie, dans bon nombre d'affections migraineuses. Vous les trouverez surtout dans les altérations de la cinquième paire crânienne. Vous savez bien que les recherches de Cl. Bernard et de Brown-Séquard ont démontré que la cinquième paire joue un rôle prépondérant dans la vie organique de l'œil, puisque ce sont ses filets qui concourent à sa nutrition. Trousseau, dans ses admirables cliniques, parlant de la fièvre typhoïde, cite des cas où la cornée était ulcérée, nécrosée, et à l'autopsie il avait toujours trouvé des lésions dans les nerfs de la cinquième paire. En effet, que ce nerf soit atteint dans son centre, dans son trajet, à son entrée dans l'orbite ou dans ses branches périphériques, vous trouverez presque toujours des troubles oculaires.

Une des causes les plus fréquentes de son inflammation et des phénomènes visuels qui en sont la conséquence réside dans l'appareil dentaire de la mâchoire supérieure. En effet, les dents reçoivent les filets nerveux de la cinquième paire. Une irritation quelconque se produit-elle autour d'une dent, elle se communique immédiatement au nerf qui lui correspond, qui la transmet à son tour à la branche centrale d'où il tient son origine, et de là elle se propage avec plus ou moins d'intensité à toutes les branches secondaires. L'œil, où aboutissent un grand nombre d'entre elles, en subit le contre-coup. Vous trouverez ces faits à peine signalés dans vos auteurs classiques, et cependant il n'y aura pas de jour où vous n'aurez à constater les bons effets sur l'œil d'une thérapeutique dentaire bien appliquée.

C'est que l'influence des dents sur la vue se manifeste à tout âge. Il n'est pas rare de voir chez les petits enfants, vers l'age de un ou deux ans, au moment de la première dentition, l'œil devenir larmoyant, et de petites ulcérations se produire sur la cornée. Vous constatez la kératite, vous instituez un traitement rationnel, et au bout de trois mois vous avez le désagrément de constater que vous n'êtes pas plus avancé que le premier jour : l'œil est toujours dans le même état. Quand vous verrez, chez des enfants de 18 mois, deux ans, une affection de la cornée être aussi tenace, examinez la dentition, vous verrez qu'il y a quelque complication de ce côté, que les dents ont de la peine à percer et rendent la gencive rouge, tuméfiée, douloureuse. Faites une incision sur cette gencive, facilitez la sortie de la dent, et quelques jours après tout se calme, la cornée est guérie.

Ces accidents sont encore plus fréquents entre 5 et 7 ans. En effet, c'est à ce moment que se fait la seconde dentition qui dure beaucoup plus longtemps, quelques années, et, dans cet intervalle, les enfants sont soumis à des phénomènes qu'on ne peut expliquer. Ici c'est un battement des paupières qui empêche toute fixation sans une grande fatigue et sans rendre l'œil tout aussitôt larmoyant. Là, ce tic des paupières devient plus grave, il se généralise à toute la face et amène des contractions tellement violentes, qu'elles sont comparables à une attaque épileptiforme ou choréique, surtout lorsqu'elles gagnent les bras, les jambes, tout le corps en un mot. Difficilement le médecin appelé en viendra à bout, s'il n'en reconnait pas la cause vraie. Trousseau est le premier qui a signalé ces faits en parlant des accès choréiformes. Le tic de la face, des paupières, chez des enfants de 5 à 8 ans est toujours provoqué par la dentition. Faites arracher les dents nécessaires, favorisez la venue des nouvelles et tous ces accidents cesseront.

Mais un certain nombre d'enfants pourront vous induire en erreur au moment de la rentrée des classes. Un enfant, qui aura eu de ces tics, et qui trouve les vacances trop courtes, voudra les prolonger en simulant ces mêmes contractions. Le diagnostic de la simulation est facile. Examinez d'abord s'il n'y a pas de dent malade. Dans le cas contraire, faites exécuter différents mouvements à l'enfant, appelez son attention sur quelque objet. Si le tic est vrai, plus l'attention de l'enfant sera excitée, plus il sera exagéré. S'il y a simulation, la contracture disparaîtra pendant la fixation.

La troisième dentition peut amener aussi des désordres visuels. L'apparition des dents de sagesse peut être excessivement douloureuse, et donner lieu quelquefois à des inflammations tellement violentes du côté de l'œil qu'on se trouve dans la nécessité de les arracher pour empêcher la perte de la cornée.

La carie dentaire est, elle aussi, à tout âge une cause très fréquente de troubles oculaires. Chez les adultes on peut en constater les formes les plus variées, mais sa manifestation la plus commune est l'asthénopie accommodative par action réflexe. Qu'est-ce que l'asthénopie accommodative ? C'est une fatigue de l'appareil accommodateur, d'où résulte une impossibilité de fixer son regard sur un objet que l'on veut examiner, de se livrer au moindre travail d'application, sans ressentir aussitôt de violentes douleurs dans les tempes ; l'œil se congestionne, pleure, la vue se trouble et l'on est obligé de se reposer pour retrouver un peu de calme. Si, se sentant mieux, on veut reprendre son travail, deux ou trois minutes après les mêmes phénomènes se reproduisent. C'est aux travaux de de Græfe et de Donders que nous devons la connaissance de l'asthénopie accommodative ; mais ils l'attribuaient exclusivement à un trouble de la réfraction. Donders, qui a fait une étude si remarquable de la réfraction, avait vu que les hypermétropes éprouvaient une fatigue tellement violente pendant le travail, qu'ils ne pouvaient continuer. Il en conclut que toujours il fallait leur donner des lunettes appropriées à leur degré d'hypermétropie et que l'on éviterait ainsi tous ces efforts d'accommodation qui produisaient la fatigue. C'était là sa théorie de l'asthénopie accommodative et de son traitement. En effet, voilà un œil qui reçoit les rayons parallèles en arrière de la rétine, et qui, par conséquent, est impropre à voir nettement même les objets les plus éloignés. Grâce à un effort d'accommodation, la vision devient distincte. Mais, s'agit-il de regarder un objet plus rapproché, il faut un nouvel effort d'accommodation, et cet effort devra être d'autant plus grand que l'objet que l'on veut voir est placé plus près de l'œil. Il en résulte une irritation dans tous les nerfs de la cinquième paire, et, à un moment donné, le muscle accommodateur, incapable de soutenir l'effort qu'on lui demande, se relache et la vision se trouble. Si, au contraire, vous placez devant cet œil une lentille bi-convexe en rapport avec

le degré d'hypermétropie, vous ramenez naturellement, et sans aucun effort d'accommodation, l'image distincte de l'objet sur la rétine et vous permettez à cet œil de travailler sans fatigue. Tout le monde a adopté les idées de Donders, parfaitement exactes, s'il s'agit d'un œil hypermétrope, et on n'admet pas généralement d'asthénopie accommodative sans trouble de réfraction.

Et, cependant, souvent vous trouverez des individus ne pouvant travailler sans fatigue, et chez qui vous ne pourrez constater le plus faible degré d'hypermétropie. Vous leur donnerez des lunettes. Pendant quelque temps cela marchera assez bien, puis de nouveau la fatigue surviendra, et vous changerez les verres sans aucun profit, peut-être même aggraverez-vous l'état de vos malades. C'est ainsi que l'on procède aujourd'hui, car la mode est aux lunettes, sans souci de leur utilité ou du mal qu'elles peuvent faire. Eh bien, non, toute personne qui a une asthénopie accommodative n'a pas forcément un vice de réfraction, et n'a pas besoin de lunettes, car l'asthénopie accommodative peut être, et est souvent, la conséquence d'une altération de la cinquième paire provoquée par une carie dentaire. D'ailleurs, permettez-moi, à ce sujet, de vous citer deux observations curieuses qui vous serviront mieux que toutes les démonstrations.

Vers le milieu d'avril 1887 se présentait à ma consultation un jeune Américain qui fait, depuis deux ans, ses études de droit, dans une capitale de l'Europe, après les avoir commencées en Amérique. Souffrant des yeux pendant son travail, il consulta un confrère, qui, ayant constaté une asthénopie accommodative prescrivit l'emploi de lunettes avec verres convexes. Mais la fatigue et les douleurs qu'elle produisait augmentant, le jeune malade changea de médecin et consulta successivement un grand nombre d'oculistes, qui tous unanimement confirmèrent le diagnostic du premier confrère, de sorte que bientôt il fut à la tête de quatre paires de lunettes, plus ou moins fortes, qui ne lui servaient à rien, car l'asthénopie était arrivée à un tel point qu'il ne pouvait plus se livrer à aucun travail. Il résolut de prendre du repos et de voyager. Venu à Paris il voulut me demander conseil. Je l'examinai avec la plus grande attention et ne trouvai ni hypermétropie, ni astigmatisme. Ne trouvant pas de cause des troubles visuels dans la réfraction, je recherchai si les dents ne présentaient pas quelques altérations, et je trouvai deux molaires supérieures cariées et aurifiées toutes les deux. Je recherchai alors la sensibilité à la pression des nerfs sus et sous-orbitaires, car c'est là la pierre de touche de ces affections. A peine avais-je posé la pulpe de mon indicateur sur leur point d'émergence que le malade accusa une vive douleur. Le doute n'était plus permis. Il s'agissait d'une asthénopie réflexe d'origine dentaire, et j'en eus la confirmation en apprenant que depuis deux ans le malade souffrait de ses yeux, et que c'était depuis deux ans aussi qu'on avait fait l'aurification de ses molaires.

Je l'adressai immédiatement à un dentiste qui enleva tout l'or que contenait la cavité des deux dents, et il se produisit un soulagement instantané à tel point que le jeune étudiant vint me trouver en m'affirmant qu'il était guéri. Mais je ne me contentai point de cela, et demandai l'extraction des deux molaires. Quelques jours après, le malade pouvait travailler longuement et sans fatigue, et il reprenait ses études. Comment donc s'étaient produites la névrite de la cinquième paire et l'asthénopie qui en était la suite? Par la suppuration qui remplissait les deux cavités cariées, qui comprimait le nerf dentaire, et, en l'irritant, avait provoqué tous les phénomènes oculaires par l'intermédiaire des nerfs sus et sous-orbitaires.

Je revoyais, il y a quelques jours, un de mes anciens malades que j'avais guéri il y a 4 ou 5 ans. C'est un employé du ministère des affaires étrangères de Russie, qui, depuis trois années, ne pouvait travailler qu'avec la plus grande peine. Il avait un peu consulté partout en Europe. Je l'examinai à mon tour, et ne trouvai rien d'anormal dans ses yeux. Mais je constatai qu'il avait la troisième molaire supérieure droite cariée. Je lui en demandai le sacrifice. Le soir même de l'extraction il va au café et peut lire les journaux sans éprouver de trouble. Il rentre chez lui et recommence à lire par curiosité, il n'éprouvait plus aucune fatigue, il était guéri. Voilà trois ans, vous dirai-je, de cela, et il me racontait que depuis il n'avait jamais rien ressenti.

Les cas de ce genre sont très nombreux. Chaque fois donc que vous vous trouverez en présence d'une asthénopie accommodative que l'état de la réfraction ne peut expliquer, dirigez toujours vos instigations du côté de l'appareil dentaire, celui de la mâchoire supérieure surtout, et vous constaterez là, d'ordinaire, des lésions qui pourront vous expliquer les phénomènes oculaires.

Les dents, c'est certain, jouent un grand rôle dans les troubles oculaires, soit au moment de leur apparition, soit quand elles sont cariées, soit, parfois, quand on en fait l'extraction. Je me rappelle avoir été appelé un jour à l'Hôtel-Dieu, par M. le professeur Richet, pour examiner un jeune homme de vingt ans, qui avait subitement perdu la vue d'un œil à la suite de l'extraction d'une dent de la mâchoire supérieure, du côté correspondant. L'examen ophthalmoscopique fut complètement négatif. C'était donc une cécité par action réflexe qui graduellement disparût quelque temps après.

Le même phénomène peut se produire chez les femmes trop nerveuses, et, quelquefois même par la seule présence d'une dent cariée. J'ai pu constater deux fois cette cécité et deux fois la guérison a été obtenue instantanément par l'extraction de la dent cariée. Dans l'un de ces cas, il s'agissait d'une jeune fille atteinte d'une amaurose monoculaire. Je l'ai adressé à M. Preterre, dentiste; à peine l'avulsion pratiquée, la malade s'écria: « Je vois, je vois! » La dent cariée se trouvait enfouie au milieu d'une ostéo-périostite de l'alvéole, et baignait dans le pus.

Nous venons de voir, il y a quelques semaines, à notre clinique, une jeune fille atteinte d'exophthalmie du côté droit avec névrite optique et cécité. L'exploration la plus minutieuse ne fit rien découvrir dans l'orbite. Mais elle avait, du même côté et en haut, une grosse molaire cariée, qui la faisait beaucoup souffrir. Je l'adressai à notre confrère le docteur David, qui en fit l'extraction. Aussitôt il s'écoula une grande quantité de pus, le sinus maxillaire en était rempli. Après quelques lavages antiseptiques, l'inflammation du périoste devint moins vive, la douleur se calma, l'exophthalmie disparut. Malheureusement la cécité a persisté, car l'atrophie du nerf optique a fait suite à son inflammation.

Il est un symptôme de l'œil très connu dans les affections dentaires, c'est la mydriase. Or, vous savez que la dilatation spontanée de la pupille d'un seul œil est généralement considérée comme étant le début d'une

paralysie de la troisième paire, d'origine syphilitique ou ataxique; le pronostic en est par conséquent très grave. Heureusement elle a une autre origine assez méconnue, 8 fois sur 10 elle est provoquée par une altération des dents. J'ai eu à donner mes soins à un confrère atteint d'une mydriase monoculaire à qui on avait déclaré que c'était là le début d'une ataxie locomotrice, car il n'avait jamais eu d'accident syphilitique. Vous jugez de son tourment. Néanmoins, il ne présentait aucun symptôme général de la maladie spinale. Par contre, il portait une dent cariée dans la mâchoire supérieure, mais elle était du côté gauche, tandis que la mydriase était à droite. Je lui en conseillai cependant l'extraction, et trois semaines après, les deux pupilles étaient égales. Il n'y avait plus de dilatation à droite.

Vous voyez donc combien sont variables les accidents oculaires produits par une lésion de la cinquième paire crânienne, dont l'altération est le plus souvent provoquée par une lésion dentaire. Vous voyez, aussi, quelle responsabilité on encourt, si, n'observant pas tout, on laisse les malades souffrir pendant des années, alors que le remède est si facile et la guérison si rapide.

PATHOLOGIE INTERNE

Une observation de gangrène spontanée symétrique des doigts de la main ;

Par St. RADZISZEWSKI de Ciechanowiec.

Les cas de gangrène spontanée sont relativement assez rares et proviennent de causes différentes, dont la multiplicité a servi à en distinguer plusieurs variétés cliniques, à savoir :

1° Gangrène sénile, s'attaquant plus rarement aux doigts de la main qu'aux orteils des pieds, et même à la plante de ces derniers ; cette variété, tantôt sèche, tantôt humide, s'observe chez les personnes âgées, à circulation entravée par des artério-scléroses ou d'autres processus pathologiques propres à l'âge sénile.

2° L'ergotisme gangréneux attaque indistinctement les extrémités supérieures et inférieures.

3° La gangrène symétrique des extrémités de Raynaud, variété très rarement observée chez les anémiques et en particulier chez les femmes, qui s'attaque aux doigts des mains, au bout du nez et aux cartilages des oreilles (1).

4° Enfin, dans la symptomatologie du diabète, les phénomènes gangréneux occupent une place importante et on y observe toutes les formes de la gangrène (sèche, humide, etc.) (2).

Dans l'étiologie de la gangrène sénile, à côté des altérations vasculaires strictement définies, la thrombose et l'embolie semblent jouer un grand rôle.

On rapporte généralement l'ergotisme gangréneux et la gangrène symétrique de Raynaud à l'ischémie résultant du spasme des vaisseaux et de l'action affaiblie du cœur; enfin, le quatrième type de la gangrène est le résultat d'une composition vicieuse du sang et d'altérations de l'osmose.

En thèse générale, l'affaiblissement de l'activité du cœur, les scléroses et les athéromes des petites et des grandes artères qu'on rencontre à un âge avancé et, ce qui en résulte, les thromboses des grands troncs ou des petits segments artériels; des embolies sans circulation collatérale supplémentaire; l'anémie, l'ischémie; les altérations dans la composition du sang ou dans l'endosmose des liquides qui remplissent ou baignent les vaisseaux ; tous ces phénomènes, isolés ou groupés d'une certaine manière, contribuent à l'évolution de la gangrène spontanée (1).

Nous ne saurions trop affirmer si cette énumération des causes du mal en question est complète ; nous ne le pensons pas ; dans tous les cas, elle en expose les plus connues. Effectivement, si d'une part certains symptômes nous autorisent à admettre une participation des nerfs dans ce phénomène, d'autre part, les progrès récents de la bactériologie nous forcent, en quelque sorte, à nous poser la question si les processus précités, mais souvent peu connus, ne se compliquent pas d'un agent vivant ? Comme premier jalon dans cet ordre d'idées, tous les savants sont d'accord pour distinguer dans la gangrène la mortification des tissus de leur pourriture. Si la mort des tissus a lieu à l'intérieur de l'organisme, on peut admettre que les différentes phases ont lieu sans participation des microorganismes ; nous le voyons, par exemple, dans les lithopédions, les infarctus et les foyers apoplectiques, etc.

Dans la gangrène proprement dite, où la mortification des tissus a lieu au contact de l'air, la putréfaction de ces tissus se produit par la coopération des microorganismes. Cependant les recherches de Chauveau, d'Arloing et de Rosenbach sur la gangrène gazeuse, l'existence constante des bactéries dans différentes formes de la gangrène; enfin l'influence gangrénescente de différents Schizomycètes sur les tissus, comme dans l'anthrax, la diphthérie, semblent prouver que les microorganismes peuvent jouer un rôle causal dans l'apparition de la gangrène (2). La constatation de l'action des microorganismes dans la gangrène habituelle des extrémités est rendue difficile par cette circonstance qu'avant l'apparition de la gangrène ces membres se trouvent dans un état inflammatoire ou présentent des lésions qui facilitent l'entrée des parasites de l'atmosphère ambiante, si bien qu'il est difficile de préciser s'ils sont la cause primitive ou s'ils constituent un phénomène secondaire.

D'autre part, l'analogie de la gangrène avec les lithopédions ou les foyers apoplectiques n'est pas assez concluante, ces processus ne possédant nullement le caractère clinique de la gangrène tout en présentant la mortification des tissus. L'étude des cas de gangrène avec conservation de l'intégrité des parties affectées et un processus inflammatoire réduit au minimum pourrait servir à des recherches de ce genre ; malheureusement, ces observations sont des plus rares. Dans ces derniers temps, j'ai été assez heureux pour observer un cas de gangrène spontanée symétrique des extrémités supérieures, avec conservation de la totalité de l'épiderme des doigts gangrénés, et j'ai essayé, dans la mesure du possible, de l'utiliser, et je consigne le résultat de mes recherches dans l'observation ci-après :

OBSERVATION. — Malade de [illegible] ans, n'ayant eu dans ces dernières années aucune maladie grave, point de trace de syphilis ; grand buveur d'eau-de-vie. De temps en temps les jambes gonflaient au point de gêner la marche : pour le moment, cependant, on ne voit pas d'œdème, qui, d'autre part, n'a jamais été observé à la face. Mictions fréquentes, surtout la nuit où il est obligé de se lever presque toutes les heures. Le malade prétend n'avoir jamais eu d'étourdissements, de maux de

(1) Uhl et Wagner. — *Pathologie générale.*

(2) Jaccoud — *Traité de pathologie* [illegible]

(1) [illegible] — *Pathologie générale.*

(2) [illegible] — *Les* [illegible] Paris, 188[illegible]

tête, de vomissements, ou d'altérations dans l'usage des extrémités : il nie également avoir jamais ressenti une soif ardente. Au printemps, c'est-à-dire, il y a quelques mois, il ressentit, pour la première fois, dans les mains, des douleurs térébrantes qui, suivant son expression, « lui saisissaient le cœur et l'empêchaient de dormir en le forçant à se tenir sur son séant. » Une gangrène symétrique des doigts des deux mains fut la conséquence de cet état. La sensibilité s'était accrue antérieurement d'une façon maladive ; au toucher, « les doigts faisaient mal comme s'ils étaient criblés d'abcès ; » pas de douleurs dans les jambes. Le malade se plaint encore fréquemment d'insomnies, mais les douleurs sont tolérables.

Status praes. Le malade a toute sa présence d'esprit ; il marche seul, et présente un aspect assez vigoureux, pas de signes de décrépitude ; mais plutôt de légers signes d'une apathie générale. Les artères radiales et temporales serpentant et dures. Les mouvements du thorax restreints ; le cou court ; les muscles sterno-cleido-mastoïdiens très prononcés à l'état d'extension. — Les sommets des poumons se dilatent au moment de la toux jusque dans l'espace supra-claviculaire. Le cœur couvert. La respiration un peu affaiblie sur toute l'étendue. Les battements du cœur faibles mais sans aucun bruit accessoire. Le foie un peu gros. La rate inaccessible au toucher ; la percussion ne précisant aucune altération de cet organe.

En général, l'examen du malade nous permet de constater des traces d'emphysème, ainsi qu'une sclérose des artères ; l'analyse de l'urine nous révèle peu d'albumine, mais en revanche une méliturie assez avancée. La jambe gauche avait été fracturée il y a 30 ans ; l'endroit de la fracture présente encore une saillie. La peau de la partie antérieure est légèrement congestionnée, infiltrée, le doigt laisse des fossettes au toucher. Sur la peau rougie on voit plusieurs érosions recouvertes d'une couche de sécrétion jaunâtre. L'autre jambe présente le même engorgement pâteux des parties molles, toutefois sans rougeur. Les plantes des pieds et les orteils ne présentent rien d'anormal.

Les altérations principales, chez ce malade, qui ont de l'intérêt pour nous, se rapportent aux mains, et concernent en particulier la face palmaire de la phalangette des doigts de la main, à l'exception des deux pouces. Ces altérations ne présentent pas un aspect tout à fait identique, étant plus développées à la main gauche qu'à la main droite, et plus prononcées sur certains doigts que sur les autres. Ces altérations ont tous les caractères de la gangrène. Les phalangettes des doigts malades sont d'un bleu noir, comme tachetées d'encre. A la surface dorsale des phalanges la peau n'est pas gangrenée, mais d'une teinte rouge [illegible]. La zone délimitatrice et le gonflement inflammatoire ne sont pas visibles. Les ongles allongés bleuâtres.

Le volume des phalanges gangrenées est un peu diminué à la suite d'un dessèchement lent : l'épiderme cependant n'est nulle part plissé, seulement aux endroits tachetés, il paraît être un peu parcheminé, comme s'il avait été soumis à l'action de l'acide [illegible], ce qui paraît provenir d'une altération de la transparence des parties molles qui se trouvent au-dessous. Les endroits altérés paraissent rigides et leur élasticité de même que leur sensibilité entièrement perdues.

Des incisions profondes, presque jusqu'à l'os, ne provoquent aucune douleur ; le tissu incisé paraît dur, jaunâtre, exsangue : ce n'est que par une forte compression qu'on réussit à en exprimer un peu de liquide pâle et sanguinolent. La quantité de sang augmente dans le voisinage des parties saines ; elle est [illegible], passant à la couleur de sang bouilli ou en décomposition.

[illegible] s'exhalant des parties paralysées [illegible] pendant l'examen de ces dernières. Les altérations [illegible] l'annulaire de la main gauche, où [illegible] de la couleur du charbon ; et au [illegible] la troisième phalange est [illegible], ce qui lui donne une [illegible] anatomique. Cette [illegible] que le patient [illegible] de la gangrène avait, [illegible] fait une incision circulaire à la [illegible].

Les autres doigts sont un peu moins altérés, bien que les parties molles des phalangettes présentent également une teinte bleu noirâtre, une insensibilité complète, un manque d'élasticité, etc. A un seul endroit on voit une petite phlyctène remplie d'un liquide purulent. Du reste, l'épiderme est partout conservé intact.

L'examen microscopique du sang a été fait à l'aide d'un grossissement considérable (oc. III et IV système à Imm. Homog. II, Hartnack). Le sang recueilli immédiatement après l'incision de la partie altérée contient une grande quantité de globules blancs à protoplasme pulvérulent ; plusieurs d'entre eux contiennent des espaces vides (vacuoles), de grandeurs différentes, arrondies ou ovales, légèrement teintées de rose.

En examinant le sang à la sortie de la plaie du doigt, j'ai trouvé bon nombre de globules rouges à forme dentelée ou framboisée, ce qui paraît provenir des altérations du sérum. Bon nombre d'entre eux cependant, ayant gardé leur forme primitive inaltérée, sont empilés en colonnes. Leur élasticité est diminuée ; immergés, ils modifient facilement leur contour, et ne retrouvent que difficilement leur forme primitive. — Certains d'entre eux n'atteignent pas le volume habituel. Colorés au violet de Méthyl, d'après la méthode de Gram, les globules rouges n'absorbent pas la couleur d'une façon identique ; en outre, ils sont visiblement pointillés, ce qui, à première vue, les fait ressembler aux zooglées des micrococcus.

Les granules sont amorphes, indistincts, inégaux, sans groupement spécial ; il m'a été impossible de les étudier d'une manière isolée.

L'échantillon de sang pris au bras malade et coloré à l'aide des mêmes liquides, ne contient que très peu de ces granules.

En employant le procédé de Erlich et Löffler, j'ai obtenu une coloration à peu près homogène sans trace de l'aspect granulé déjà signalé. En général, l'analyse du sang coloré d'après la méthode de Gram (violet de Méthyl), de Loffler (bleu de Méthylène), d'Erlich (fuchsine), n'a pas confirmé la présence de microorganismes dans le sang des doigts paralysés. Nous ne sommes pas autorisés à considérer comme telles les granulations des corpuscules rouges.

Après avoir, au préalable, lavé les parties altérées dans une solution de sublimé et d'alcool, j'ai soumis le sang provenant de l'index et de l'annulaire de la main gauche, atteinte de gangrène, à des cultures multiples sur de la gélatine que j'ai exposées à l'influence de la faible chaleur : quelques semaines après, les cultures restèrent stériles.

En revoyant le malade quelques jours après, j'ai pu constater que malgré les excitants locaux, tels que bains aromatiques, etc. la gangrène avançait lentement, mais continuellement. L'emploi de pommades, onguents, bains, l'application de la ouate sont très pénibles pour le malade, parce que toute chaleur sèche ou humide causant un afflux de sang réveillait de sourdes douleurs, et j'ai dû abandonner tous ces moyens.

A la surface de l'indicateur droit surgit une ampoule plate superficielle, dont l'incision causa un écoulement de liquide sanguinolent.

J'inoculai à un lapin et à des cobayes du sang provenant des parties profondes affectées de gangrène, et se trouvant immédiatement au-dessus des bulles gangréneuses, mais sans pouvoir provoquer des accidents locaux ou généraux.

Nous voyons donc que le résultat négatif de la plupart des inoculations, des cultures, ainsi que de la teinture du sang d'après différentes méthodes, rend très problématique l'existence des microorganismes, d'où il résulte que ces derniers ne sauraient être pris en considération à l'examen étiologique de notre observation.

Chez notre malade, la gangrène des extrémités apparut symétriquement, s'attaquant aux troisièmes phalanges des doigts à l'exception des pouces ; elle se développa facilement à l'aide de l'alcoolisme, de l'âge avancé, de l'albuminurie et du diabète. Chacune de ces diathèses suffisant, d'après les recherches de Verneuil, à provoquer la gangrène spontanée, nous ne saurions préciser quelle a été la cause morbi proxima chez notre client ; de même qu'il nous est presque impossible de

rattacher cette observation à telle ou telle forme clinique rigoureusement définie.

Désirant cependant expliquer l'évolution du fait relaté ci-dessus, il nous faut avoir recours à une hypothèse. Les tissus paralysés, chez notre malade, étaient desséchés, ne contenant qu'une petite quantité de sang déjà altéré et par conséquent devenu étranger à la circulation, siccité des tissus et quantité minime de sang causée probablement par l'oblitération des petits vaisseaux convergeant lentement de la périphérie vers le centre.

L'altération des tissus paraît directement causée par la déformation des petits vaisseaux,à en juger d'une part par la sclérose des artères périphériques constatée chez le malade, et, d'autre part par la présence des athéromes et de la sclérose des artères qu'on trouve souvent à l'autopsie dans des cas de gangrènes pontanée. Voyez, par exemple, les récentes communications de M. Routier sur l'endo et la périartérite généralisée dans la gangrène des extrémités inférieures (1).

Sans vouloir nullement infirmer l'importance de la diminution de l'activité du cœur, ou les altérations propres au diabète dans l'évolution de la gangrène, je me permets cependant de douter qu'elles aient été les causes principales de la gangrène chez notre malade ; s'il en était ainsi, nous aurions raison de nous demander pourquoi leur action était si minime au point que les orteils, les premiers atteints ordinairement ici, étaient presque indemnes, et la peau avait conservé toute sa sensibilité.

L'apparition symétrique de la gangrène et les fortes douleurs à caractère névralgique qui l'avaient précédée, confirment la part importante du système nerveux dans l'évolution de la maladie. — En effet, les observations attestant l'influence des nerfs sur la circulation du sang dans les tissus, sur l'action sécrétoire des organes,etc., sont nombreuses et fort connues (2).

Nous possédons également tout un groupe de maladies résultant des altérations dans la nutrition des tissus (décubitus aigu, myxœdema, peau lisse, erythema, eczéma, pemphigus, lésions des organes, des os, des articulations, de la cornée, etc. (3), qu'on attribue aux trophonevroses. — Le parcours des nerfs trophiques n'est pas si bien connu ; cependant, à la suite d'observations cliniques, nous admettons leur existence, leur connexité avec les nerfs de la sensibilité, et l'existence des centres.

Bon nombre d'affections attribuées aux trophonevroses possèdent tous les caractères de la gangrène (le décubitus aigu de Charcot), d'autres (pemphigus, herpès zoster ou zona) s'annoncent souvent par de violentes douleurs. Il nous paraît donc qu'en mettant en parallèle les données de la science avec les faits observés chez notre malade, nous serons pleinement autorisé à admettre qu'il faut attribuer les altérations locales des vaisseaux dans des tissus, suivie de gangrène, non seulement à une composition anormale du sang, mais aussi, et en grande partie, à l'influence des nerfs trophiques.

(1) *Société de Chirurgie*, séance du 5 octobre 1887 ; in *Progrès médical*, n° 41.
(2) Brown Séquard. — *Leçons de physiologie et de pathologie du système nerveux au Royal College of Surgeons of England*, leçon X.
(3) Ross. — *Traité des maladies du système nerveux.*

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Nouveaux réactifs du suc gastrique et en particulier de l'acide chlorhydrique qu'il renferme. Anachlorhydrie et hyperchlorhydrie.

Dans un de nos derniers numéros (1) nous avons indiqué les principaux réactifs du suc gastrique et en particulier ceux qui servent à révéler la présence de l'acide chlorhydrique (2). Aujourd'hui nous allons examiner les notions fournies par l'absence ou l'augmentation de cet acide dans le liquide secrété par la muqueuse stomacale.

III. Anachlorhydrie. — La diminution ou l'absence de l'acide chlorhydrique ne sont pas, d'après M. le Pr G. Sée, aussi fréquentes qu'on le croyait il y a quelque temps. C'est ainsi que dans la *fièvre* il ne fait pas complètement défaut. Le même auteur admet qu'on peut réduire la diminution de cet acide à deux affections, le *cancer de l'estomac*, et les *dyspepsies muqueuses et marastiques*. A ces cas, M. Huchard (3) ajoute les *gastrites toxiques*, la *dégénérescence amyloïde* et la *fièvre typhoïde*.

1° *Carcinome*. — Cette absence d'acide chlorhydrique se présente dans le cancer avec ou sans dilatation. Depuis les études de Van-der-Velden, Riegel et Ewald, on attribue ce fait, soit à l'action du suc cancéreux, soit au mucus du catarrhe muqueux. D'après Boas, la sécrétion de l'acide est entravée par le cancer. Cohn et Mering supposent que les peptones se combinent avec lui, et qu'alors n'étant plus en liberté les réactifs n'en décèlent plus la présence. M. Debove, dans les cas de cancer, n'a jamais trouvé d'HCl libre, mais seulement de l'acide lactique (4). Mais, d'après M. Dujar-din-Beaumetz (5), on peut le trouver libre dans des cas de cancer, jusqu'à la mort.

2° *Dyspepsies*. — Dans le *catharre muqueux*, l'acide chlorhydrique existe au début, puis manque lorsque se produit l'atrophie des glandes. Enfin dans les *dyspepsies marastiques*, à la suite d'hémorrhagies graves, de la broncho-pneumonie chez des individus âgés, l'acide peut manquer. On peut faire rentrer dans la même classe, les tuberculeux, les urémiques et les diabétiques.

On se trouve donc en présence de deux cas de faits principaux où il y a *anachlorhydrie*. L'exploration du suc gastrique ne suffit donc pas à faire faire le diag-

(1) Voir *Progrès médical*, n° 26, 1er semestre, 1888.
(2) Il s'est glissé, dans notre précédent article, quelques erreurs contre lesquelles nous devons mettre en garde le lecteur. C'est ainsi que le *Methyl-violet*, que M. Laborde regarde comme le réactif de l'acide lactique, d'après M. le Pr G. Sée dans son mémoire du 17 janvier 1888, est, paraît-il, utilisé actuellement par ce dernier pour la recherche de l'acide chlorhydrique. — En second lieu, le *réactif d'Uffelmann* [illegible], indiqué par M. le Pr G. Sée, dans son premier mémoire, comme réactif de l'acide [illegible], est employé pour la recherche de l'acide [illegible] qui fait passer sa couleur bleue au jaune. Le même réactif serait décoloré par HCl. Enfin une erreur d'impression s'est produite dans les chiffres de certaines quantités mentionnées. A propos du vert brillant, une solution de HCl au 1 ‰ donne avec sa solution une teinte verte ; une de 1,5 à 2 ‰, une teinte jaunâtre ; [illegible] 4 ‰ une teinte [illegible]. Pour le déjeuner d'épreuve, Ewald et Boas donnent 200 à 300 centigr. [illegible], et non pas 200 gr. à [illegible] litres.
(3) [illegible] *de Clinique et de Thérapeutique*, 24 mai 1888.
(4) Debove, *Courrier méd.*, 1887, n° 2.
(5) *Acad. de médecine*, 24 janvier 1888.

nostic de cancer dans les cas difficiles où les signes de certitude font défaut. On n'a fait que reculer le problème. MM. Rommelaere et C. Paul ont, en outre, fondé un signe de diagnostic sur l'examen des urines. Pour Rommelaere, dit M. C. Paul (1) étant donnée une affection chronique de l'estomac, si le malade mange et qu'on ne trouve que 14 à 15 gr. d'urée par litre, il faut penser au cancer. Ainsi, le plus souvent, l'urée diminuerait dans le cancer, ce qui pour M. G. Sée est commun à toutes les inanitions.

Dans les cas d'anachlorhydrie, on peut, avec M. G. Sée, considérer trois catégories de faits. *a*) L'estomac ne fonctionne pas cliniquement, mais la digestion a l'air de se faire. Ici l'intestin fonctionne régulièrement, et supplée l'estomac, en terminant la digestion. L'état général est satisfaisant. Il s'agit donc d'un individu sain, qui digère mal de l'estomac, mais bien de l'intestin. — *b*) La déchéance du suc gastrique, et l'annihilation de l'acide chlorhydrique peuvent être vues à l'état du sang. Les diabétiques, les cardiaques, les brightiques et les tuberculeux continuent à digérer sans HCl, mais ils ne profitent pas. De temps en temps surviennent des indigestions dans les premiers, de la tympanite chez les seconds, des vomissements chez l'urémique, et du dégoût des aliments chez les tuberculeux. L'intestin, chez eux, continue aussi à bien confectionner; mais s'il est frappé par la maladie chez le diabétique et le tuberculeux, les produits de la digestion sont entraînés avant leur résorption et la nutrition est compromise. — *c*) Enfin le malade a des troubles gastriques, de la flatulence, etc.; chez lui tout défaille; c'est le cas du cancer, dans lequel tout est compromis : sécrétion, mouvement, absorption.

IV. HYPERCHLORHYDRIE. — L'hyperchlorhydrie a été mentionnée pour la première fois par Reichmann, en 1882. De 1884 à 1886, Jaworsky et Gluzinski (de Cracovie), Riegel constatèrent que ce symptôme est commun à la majorité des dyspeptiques, combiné à l'atonie stomacale. Pour eux, sur 222 cas de dyspeptiques, on en trouve 126 avec hypersécrétion acide. Boas, en 1887, arrive au chiffre de 60 0/0. Ces auteurs, et avec eux M. le professeur G. Sée (2), voient là une forme de dyspepsie (dyspepsie chimique). Mais cette dyspepsie chimique est liée à des phénomènes d'atonie stomacale avec ectasie. M. G. Sée a encore rencontré l'hyperchlorhydrie dans des dyspepsies nerveuses.

1° *Symptômes.* — *a*) *Signes de l'atonie.* Les malades éprouvent après leurs repas, de la pesanteur, du ballonnement du ventre. L'estomac est distendu par les gaz, et on peut y reconnaître la sensation de *flot* due à la stagnation des liquides. Souvent, en même temps, il existe de la constipation, de la flatulence intestinale, accompagnées de coliques, de douleurs intestinales. Le siège précis de la dilatation colique ou l'extension du clapotage à la masse intestinale permettent de fixer le diagnostic au sujet de l'ectasie du tube intestinal. D'habitude, 3 à 6 heures après le repas, le malade ressent des douleurs sous forme de tiraillements, de déchirements à l'épigastre, avec irradiations vers l'abdomen ou la base du thorax, douleurs diminuant par l'ingestion des aliments ou des liquides. Souvent elles sont accompagnées de fausse faim que calme aussi l'absorption d'une petite quantité d'aliments. Elles sont parfois vives la nuit, et troublent le sommeil. En même temps, le malade éprouve des renvois acides, une sensation de brûlure au niveau du pharynx, des sensations tardives et pénibles de faim et de soif vives. Dans certains cas, ces accidents sont si intenses qu'ils font penser à l'ulcère rond de l'estomac; on peut du reste considérer ce dernier comme le terme le plus avancé de la série morbide de l'hyperchlorhydrie. Ces signes sont quelquefois accompagnés de vomissements. L'appétit n'est pas diminué; on remarque une appétence spéciale pour les albuminates, qui, d'ailleurs, sont toujours bien digérés. Parfois il y a de la perte des forces, de l'amaigrissement, puis anémie, si considérables que tout cela fait penser au cancer.

c) *Hyperchlorhydrie, hypersécrétion gastrique.* — Si on examine le liquide stomacal, 5 à 6 heures après le repas, on trouve 2, 4, 6 0/00 d'acide chlorhydrique (la quantité normale est de 1,5 0/00) et peu d'acide lactique, les fermentations secondaires se faisant difficilement à cause de la quantité d'HCl. Les peptones sont en petite quantité, toutes formées; les albuminates sont facilement peptonisés; les féculents sont gonflés, et on trouve souvent un magma mucoïde formé par du pain gonflé. La digestion des matières protéiques est bonne, mais celle des matières amylacées se fait mal. Au bout d'une heure, le liquide extrait de l'estomac présente une saccharification incomplète.

Cette hypersécrétion acide peut revêtir plusieurs degrés. Un malade examiné par M. G. Sée, étant à jeûn depuis la veille à 6 heures du soir, avait encore, le lendemain matin à 9 heures, dans l'estomac, du liquide dont l'acidité diminuait progressivement. Chez un autre le suc gastrique recueilli le lendemain était très acide; ici la sécrétion acide était donc permanente.

2° *Diagnostic.* — *a*). Nous avons vu dans la précédente étude que certains individus atteints de *bradypepsie* n'avaient qu'une atonie simple sans hypersécrétion acide; l'examen du suc gastrique les différenciera des hyperchlorhydro-atoniques. — *b*). Le diagnostic avec l'*ulcère rond* est parfois fort difficile (Van den Velden, Riegel). Toutefois les douleurs perforantes se manifestant aussitôt après l'ingestion de substances irritantes, les hématémèses, le melæna, lorsqu'ils existent, feront reconnaître l'ulcère. Lorsque le diagnostic est incertain, il faut donc agir avec prudence pour la recherche du suc gastrique et le lavage de l'estomac. — *c*) Les *[illegible] intestinales* qui présentent souvent des signes simulant une affection gastrique, se distinguent par l'absence d'hypersécrétion acide. Mais parfois la dilatation du colon s'étant propagée à l'intestin grêle, les gaz arrivent à franchir le pylore, et une atonie stomacale s'ensuit avec tous les signes énumérés plus haut. Nous avons vu aussi que certains individus

(1) *Acad. de médecine.* Loc. cit.

(2) G. Sée. — *Académie de médecine*, 1er mai 1888. — *Maladies de l'estomac [illegible]*, J. Masson, éd., 1888. — G. Sée, A. Mathieu, R. Dupont-Farbet[?]. — *Hyperchlorhydrie et atonie de l'estomac*, Masson, édit. 1888.

digéraient bien, tout en étant atteints d'atonie colique avec achlorhydrie.

3° *Pathogénie.* — Deux questions se posent en présence de l'hyperchlorhydrie : 1° Quel rapport y a-t-il entre l'atonie et l'hypersécrétion acide ? 2° Quelle est la cause de cette hypersécrétion ? D'après Kusmaul, Rossbach et Riegel, c'est la sécrétion hyperchlorhydrique qui apparait la première ; elle serait suffisante pour produire l'occlusion spasmodique du pylore et la rétention de liquides plus ou moins acides dans l'estomac. On doit aussi lui attribuer les éructations acides, les douleurs gastriques dues au spasme et à l'irritation de la muqueuse, la flatulence douloureuse, les douleurs nocturnes, tardives, et la soif.

D'après Jaworski, l'hypersécrétion semble résulter de l'irritation catarrhale de l'estomac, il aurait rencontré dans le suc gastrique des noyaux de cellules détruites par la digestion, et ce serait pour lui un signe caractéristique de l'affection. Il s'ensuivrait que la muqueuse ne peut plus fournir un suc normal, et qu'au bout d'un temps plus ou moins long, l'acide chlorhydrique tendrait à disparaitre peu à peu.

4° *Traitement.* — Il y a dans l'atonie hyperchlorhydrique deux choses à soigner : l'atonie et la lésion clinique. Pour M. le Pr G. Sée, le lavage utile pour débarrasser l'estomac des détritus ne suffit pas; il en est de même du régime sec. L'électrisation est inapplicable, et les stimulants de sécrétion n'ont pas raison d'être. Il recommande surtout l'*alkalinothérapie* donnée dans les conditions suivantes. On devra donner aux malades 3 à 4 h. après le repas, c'est-à-dire au moment où ils commencent à souffrir, 6 à 10 gr. de bicarbonate de soude. Plusieurs cas, pour Jaworski, peuvent se présenter : 1° Le malade ne souffre qu'au moment maximum de la digestion; il faut alors donner de petites doses répétées de bicarbonate de soude, afin d'atténuer l'excitabilité de la muqueuse. 2° La sécrétion acide est modérée à jeun, et intense pendant la digestion ; s'accompagnant de douleurs vives et de phénomènes nerveux; l'usage prolongé des alcalins est ici indiqué. 3° L'irritation est intense meme à jeun, il faut alors user de fortes doses de bicarbonate. 4° Plus tard on se trouve en présence d'un catarrhe muqueux atrophique où l'HCl et la pepsine disparaissent; les alcalins ne peuvent plus rien. — 5° Dans les cas de névroses de motricité ou de sensibilité avec vomissements nerveux, incoercibles, de l'eau chaude légèrement alcalinisée et gazeuse dissipe ces accidents.

Les alcalins à faible dose augmentent la sécrétion acide et l'activité digestive ; il faut donc éviter de les donner sous cette forme dans l'hyperchlorhydrie. Il vaut mieux les donner à doses fortes au moment de l'hypersécrétion et ne pas en donner trop longtemps, car, dans ce cas, le pouvoir sécréteur de la muqueuse diminue pour l'HCl et la pepsine. Le *lait* peut être considéré comme alcalin; il abaisse l'acidité du suc gastrique, et, donné chaud, au moment de la douleur, il calme bien celle-ci.

Les *amers* et les *excitants* ralentissent l'action sécrétoire et motrice d'après Cz[illegible]lkow et Reichmann. Néanmoins, M. Huchard (1) recommande de les donner au moins une demi-heure avant le repas, à jeun.

Le *régime* doit se composer d'albuminates, de viandes bien divisées ; on doit exclure les légumes verts et donner les féculents avec réserve. Il est encore utile de régulariser les fonctions intestinales au moyen d'*évacuants*, et on peut donner des boissons légèrement excitantes, chaudes, théiques ; il faut modérer l'usage des alcooliques et des condiments. Enfin il est bon de prescrire l'hydrothérapie, froide ou chaude, la gymnastique et le massage.

Disons, pour nous résumer, que dans les diverses affections de l'estomac les régimes suivants doivent être suivis : régime carné dans l'hyperchlorhydrie, régime amylacé dans l'anachlorhydrie, et lacté seulement dans l'ulcère simple de l'estomac (au moins quatre litres par jour).

A. Raoult.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 juillet 1888. — Présidence de M. Janssen.

M. Boucheron étudie *la surdité paradoxale et son opération.* Cette affection (paracousie de Willis) a pour principal symptôme l'audition de la parole dans les milieux bruyants et la surdité dans les milieux silencieux : elle est due à une compression labyrinthique ; c'est une variété d'otopiesis. Son traitement consiste dans la décompression du labyrinthe par mobilisation de l'étrier : la guérison ou l'amélioration consécutive dépend de ce qui reste du nerf acoustique. Le point de départ de cette surdité est presque toujours le catarrhe naso-pharyngien tubaire.

M. A. Leclerc a fait des *recherches sur la sécrétion cutanée de l'albumine chez le cheval.* L'écume blanche, qu'on observe sur les chevaux en sueur, contient des chlorures alcalins, de l'albumine, des sels ammoniacaux, de l'urée et des sudorates alcalins. Le poids d'albumine éliminée par la peau n'est pas négligeable : on doit en tenir compte quand on établit le bilan de l'azote dans les études d'alimentation.

MM. A. Gautier et Mourgues signalent *dans l'huile de foie de morue la présence d'un certain nombre d'alcaloïdes*, quelques-uns très actifs. Ces leucomaïnes sont peu abondantes dans l'huile blanche du début; mais elles sont en quantité très appréciable dans l'huile qui a subi la fermentation. MM. Gautier et Mourgues montrent que ces bases, fixes ou volatiles, appartiennent à sept groupes différents.

MM. Lépine et Porteret analysent la *composition de l'urine sécrétée pendant la durée d'une contre-pression exercée sur les voies urinaires.* Ils mettent une canule dans chaque uretère : d'un côté, ils laissent l'urine s'écouler librement : de l'autre, ils élèvent à une certaine hauteur le bout périphérique d'un tube de caoutchouc dont le bout central est adapté à la canule et ils produisent ainsi une contre-pression unilatérale. Si cette contre-pression est faible, la quantité d'urée est plus diminuée que la quantité d'urine ; si elle est forte, la quantité d'urée est, au contraire, moins diminuée. Les phosphates passent moins bien du côté de la contre-pression que les sels en masse. Mais la composition de l'urine, dans ces expériences, est le résultat d'un double processus, à savoir un de sécrétion et un de résorption : elle ne nous renseigne donc pas sur la sécrétion pendant la contre-pression.

M. Marcano étudie la *fermentation peptonique de la viande*, fermentation obtenue par l'addition du jus d'Agave à la viande broyée. Il montre que la cellule végétale vivante a la faculté de peptoniser les albuminoïdes ; quand

(1) *Revue générale de clinique et de Thérap.*, 24 mai 1888.

le tissu de la plante est privé de vitalité, la peptonisation est beaucoup plus faible.

M. Chibret examine comparativement les *pouvoirs antiseptiques du cyanure de mercure, de l'oxy-cyanure de mercure et du sublimé*. Le second de ces produits doit être préféré en chirurgie, à cause de sa faible absorption et de la tolérance des tissus à son égard.

M. le Prince de Monaco indique l'*emploi des nasses particulières pour des recherches zoologiques en eau profonde*.

M. P. Regnard décrit un *dispositif très ingénieux destiné à éclairer les eaux profondes*. L'emploi de l'appareil qu'il a construit permettra de porter, pour la première fois, la lumière au fond des mers.

M. G. Carlet étudie le *mode de locomotion des Chenilles*. Paul Loye.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 17 juillet 1888.— Présidence de M. Hérard.

M. Vidal (d'Hyères) fait une communication relative à l'*intoxication par les vins contenant de l'acide arsénieux*. Dans cette sorte d'intoxication, on observe des symptômes analogues à ceux qui définissent l'acrodynie. Ces symptômes consistent en embarras gastrique, en diarrhée, en éruptions diverses et en troubles de la sensibilité et de la motilité du côté des membres. Cette similitude symptomatique de l'acrodynie et de l'empoisonnement arsenical fait supposer à M. Vidal la possibilité d'erreurs antérieurement commises. Aussi se demande-t-il si les faits rapportés sous la dénomination d'acrodynie ne doivent pas être imputés à une intoxication arsenicale

M. Gautier lit un rapport sur les *nouveaux procédés de vinification*. — Au point de vue de l'hygiène publique, les pratiques du phosphatage ou du tartrage des moûts ne sauraient présenter aucun inconvénient sérieux. Elles ont l'une et l'autre le grand avantage d'augmenter le titre alcoolique des vins en activant la vie des levûres viniques et, corrélativement, en s'opposant au développement des organismes d'où résultent les alcools secondaires et supérieurs, c'est-à-dire les produits les plus nuisibles des alcools de vin. L'une et l'autre méthode augmentent dans les vins la quantité de substances dissoutes, c'est-à-dire les principales matières tannantes, toniques et souvent ferrugineuses, quoique dans une proportion généralement moindre que ne le fait le plâtrage. Le phosphatage introduit aussi dans le vin, à l'état de phosphates de potasse et de chaux, un gramme à un gramme vingt-cinq de sels utiles à la reconstitution des tissus, ceux-là mêmes que nous fournissent tous les jours la viande et le pain. Le tartrage ne modifie pas sensiblement la composition du vin produit, abstraction faite de l'augmentation de l'alcool et de la couleur, et de la diminution des composés plus ou moins dangereux qui résultent des fermentations secondaires. En produisant une fermentation rapide, une défécation plus complète des vins produits, en augmentant leur acidité et leur alcool, ces deux méthodes paraissent devoir réussir, lorsqu'elles seront bien appliquées, à préserver ces vins de toute altération ultérieure ; à cet égard, c'est à l'expérience à prononcer en dernier ressort. le rôle de l'Académie devant se borner à juger le phosphatage et le plâtrage au seul point de vue de l'hygiène et de la santé publique.

M. Verneuil termine sa communication sur le *traitement des anévrysmes par l'introduction de corps étrangers dans leur cavité* et la résume dans ces conclusions :

1° La méthode de Moore ou filipuncture, essentiellement conçue en vue du traitement des anévrysmes de l'aorte thoracique, est chirurgicalement caractérisée par l'introduction et l'abandon, dans les sacs anévrysmaux, de fils le plus souvent métalliques ; 2° Physiologiquement, elle repose sur la propriété bien connue qu'ont les corps étrangers, introduits dans le torrent circulatoire, de provoquer la coagulation du sang et la séparation de la fibrine; 3° Partant de là, on espère que ces caillots et cette fibrine se déposeront d'une part sur les fils, et d'autre part sur les parois du sac formeront au centre et à la circonférence des masses ou des couches solides, qui combleront en se réunissant la cavité de l'anévrysme, c'est-à-dire amèneront la guérison radicale ou au moins renforceront la paroi de façon à arrêter la marche du mal, à atténuer les accidents, à prévenir ou à retarder la rupture, et ainsi à prolonger plus ou moins la vie ; 4° On compte, pour assurer la déposition constante et la solidification progressive des caillots et de la fibrine, sur la permanence ou, au moins, sur le séjour prolongé des corps étrangers, et l'on s'appuie sur la tolérance bien connue de l'organisme à l'égard de ces corps étrangers pour proclamer à la fois l'efficacité et l'innocuité de la méthode, laquelle est, d'ailleurs, d'une exécution fort simple. Voilà pour les espérances et les promesses de la théorie. Et voici ce qu'a, jusqu'à ce jour, montré la pratique ; 5° Les opérateurs ne sont jusqu'ici d'accord sur aucun point de technique. Presque tous ont imaginé un procédé particulier ou modifié ceux de leurs prédécesseurs, ou associé plusieurs méthodes sans qu'il soit possible aujourd'hui de savoir quelle serait la meilleure marche à suivre ; 6° L'opération est moins facile qu'on ne le dit ; parfois elle est restée inachevée ou imparfaitement exécutée, elle a provoqué des accidents graves ; 7° Les corps étrangers introduits dans le sac n'y produisent pas toujours la coagulation du sang et la déposition régulière de la fibrine, et quand, ce qui est la règle, les caillots cruoriques ou fibrineux se forment, il pèchent le plus souvent tantôt par la quantité, tantôt par la qualité, tantôt par une disposition ou une répartition défectueuse, tantôt enfin par le défaut de persistance ; celle-ci n'étant pas assurée par la permanence des fils ; 8° Ces mêmes corps étrangers métalliques ou autres, dont, par une singulière contradiction, on désire à la fois la persistance et la disparition, provoquent directement, par leur présence, des accidents variés, inflammatoires ou mécaniques, primitifs ou tardifs, en tous cas fort graves ; 9° La filipuncture, considérée soit comme opération radicale, soit comme opération palliative et employée contre les anévrysmes profonds, ou contre les anévrysmes externes, a donné jusqu'ici des résultats lamentables et certainement bien inférieurs à ceux qu'ont fournis les autres méthodes chirurgicales ou même médicales ; 10° Elle n'a jamais réussi dans les anévrysmes de l'aorte thoracique pour lesquels elle a été imaginée, pas plus que dans ceux du tronc brachio-céphalique, de la sous-clavière de la fémoro-iliaque et de la poplitée ; elle paraît plus efficace en cas d'anévrysmes de l'aorte abdominale pour lesquels, peut-être, elle mériterait d'être conservée. Elle ne compte que deux succès incontestables, dont l'un facilement obtenu sur l'artère humérale, dans un cas très simple ; 11° Elle n'est pas plus puissante comme opération palliative. Les améliorations qu'on lui attribue sont rares, partielles, minimes, fugaces, imputables parfois à divers moyens associés, et certainement neutralisés en quelques cas par des aggravations promptes et redoutables : 12° Elle a manifestement soulagé plusieurs patients, mais rien ne prouve qu'elle ait prolongé la vie d'aucun d'entre eux. Tout au contraire elle a, sans contestation possible, précipité la terminaison funeste dans plus d'un cas, à quoi il convient d'ajouter que la survie opératoire a atteint, pour l'ensemble des cas, une moyenne très faible, infiniment plus courte que par toute autre thérapeutique, y compris l'expectation pure et simple; 13° La filipuncture a été pratiquée jusqu'ici sur 34 malades, dont 30 sont morts bien avant l'expiration de l'année, et pour la plupart avant la fin du premier mois. Il serait injuste de lui attribuer la totalité de ces revers, dont quelques-uns sont manifestement imputables au mauvais état de santé antérieur, aux lésions graves préexistant dans les organes éloignés ou voisins de l'anévrysme, aux conditions anatomiques mauvaises et aux rapports dangereux du sac anévrysmal. Mais la gravité intrinsèque de la méthode n'en est pas moins démontrée par les accidents opératoires, partis trop souvent du trauma lui-même, et par l'aggravation indéniable et rapide des

propathies locales et générales : 14° La pratique n'ayant pas réalisé les espérances de la théorie, la filipuncture ne doit pas être encouragée et on ne saurait conseiller à personne d'y avoir désormais recours. A. J.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 13 juillet 1888. — PRÉSIDENCE DE M. SIREDEY.

M. HUCHARD montre un beau cas d'*Ectocardie congénitale* sur une malade âgée de 36 ans qui présente un arrêt de développement de l'extrémité inférieure du sternum avec atrophie de la partie supérieure des muscles abdominaux. Le cœur bat juste en ce point ; on peut voir les contractions successives des oreillettes et des ventricules, et on peut saisir le cœur dans la main. Cette femme a eu déjà quatre grossesses ; depuis la dernière le cœur est plus saillant et au-dessous il existe une hernie volumineuse.

M. HUCHARD rapporte aussi l'observation d'une femme qui présentait les signes d'une double lésion aortique avec accès angineux pseudo gastralgiques : elle succomba dans un de ces accès et à l'autopsie, outre les altérations valvulaires sigmoïdiennes, on trouva un rétrécissement de la coronaire gauche et une dilatation de la droite.

M. BARIÉ cite, à ce propos, un cas dans lequel à l'autopsie d'un artério-scléreux généralisé il avait trouvé la coronaire postérieure dilatée, puis se rétrécissant brusquement et étant alors presque complètement oblitérée ; l'antérieure était normale.

Enfin un malade tabagique et alcoolique, du service de M. TROISIER, mort à la suite d'accès d'angine de poitrine, survenus depuis six mois, présentait de l'aortite marquée avec rétrécissement considérable de la coronaire gauche.

M. HAYEM a pu observer la malade dont M. Millard a rapporté l'observation comme un cas d'hémoglobinurie paroxystique, et jamais M. Hayem, malgré tous ses efforts, n'a pu observer d'attaque d'hémoglobinurie. Elle émit, dès son entrée, des urines rouges et se plaignit en même temps d'une douleur lombaire localisée à gauche. Ces urines avaient les caractères d'urines hématiques (globules rouges ; au spectroscope les deux bandes de l'oxyhémoglobine, une de l'urobiline et pas trace de la bande de la méthémoglobine ; par l'acide et la chaleur albumine en quantité notable).

M. Hayem admit l'existence d'une lésion rénale qu'il pensa être de nature syphilitique à cause des céphalées qu'accusait cette malade et de quelques croutelles qu'elle avait dans les cheveux. Il prescrivit l'iodure et le sirop de Gilbert et bientôt tous les phénomènes cliniques s'atténuèrent, puis disparurent.

A ce propos, M. Hayem fait remarquer que dans la vraie hémoglobinurie on peut voir, au moment de l'accès, les urines foncer progressivement jusqu'à être couleur café, puis s'éclaircir rapidement et rester toujours claires ; elles ne renferment pas de globules rouges. Si on les examine au moment de l'émission au spectroscope, outre les deux bandes d'oxyhémoglobine, on trouve la bande de la méthémoglobine. Au contraire, dans le cas d'urines hématuriques, elles sont bien plus louches : il n'y a que les deux bandes d'oxyhémoglobine et pas de globules rouges. Cependant après quelque temps certaines de ces urines acides s'altèrent et finissent par dissoudre les globules rouges ; ceux-ci abandonnent leur hémoglobine qui apparaît alors dans l'urine. Enfin, pour ce qui est du sérum, il arrive parfois que, d'abord clair au moment où les globules commencent à se précipiter, il se colore peu à peu, *in vitro*, au fur et à mesure que la coagulation se fait et reste ensuite coloré en rose. C'était le cas chez cette malade comme aussi chez divers autres malades, un cardiaque et un brightique, par exemple. M. Hayem pense donc qu'à côté de l'hémoglobinurie paroxystique d'origine syphilitique, il faudrait admettre une [illegible] paroxystique avec hématurie de même origine.

M. MILLARD ne peut admettre le diagnostic de M. Hayem dans le cas présent. L. CAPITAN.

NOMINATIONS. — M. le Dr DU MESNIL, médecin de l'Asile National de Vincennes, est nommé secrétaire du Bureau central météorologique de France.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 18 juillet 1888. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

M. TERRIER lit un rapport sur deux observations d'*orteils en marteau* dues à MM. CHARLES et BRUN et cite en outre deux faits qui lui sont personnels. Dans 3 cas, ceux des deux auteurs précédemment nommés et dans un de ceux de M. Terrier, il s'agissait d'orteils en marteau ordinaires, qui ont été opérés suivant le procédé bien connu désormais et recommandé par M. Terrier. Deux modifications cependant ont été apportées au manuel opératoire : Les deux chirurgiens ci-dessus ont supprimé le drainage de la plaie ; d'autre part, M. Terrier n'emploie plus l'attelle plantaire. M. Terrier est d'avis que ces deux modifications constituent un progrès, puisqu'elles simplifient le pansement. De plus, M. Schwartz a proposé dans un article récent de la *Rev. de Clin.* et de *Thérapeutique*, une incision différente de celle de M. Terrier ; il préconise l'incision longitudinale au lieu d'une incision transversale ; cette dernière permet pourtant d'enlever avec facilité le durillon et la bourse séreuse qui se développent souvent au sommet de l'orteil déformé. Les chirurgiens anglais Anderson et Adams emploient la même incision, mais ils n'ont recours à la résection qu'après avoir fait la ténotomie des ligaments latéraux. M. Terrier rapporte, en outre, une autre opération analogue pratiquée chez un médecin pour une déformation congénitale des deux derniers orteils de chaque pied (orteils en crochet). Certains chirurgiens préfèrent l'amputation de l'orteil à l'ostéotomie cunéiforme qu'il préconise (voir Blum, chirurgie du pied). M. Terrier pense qu'on ne doit pas approuver une telle manière de voir.

M. TERRILLON a fait cinq fois l'opération de M. Terrier. Il a obtenu des résultats excellents ; c'est une très bonne opération, très facile à faire. Ses malades marchent bien.

M. DESPRÈS défend les idées émises par M. Blum ; il recommande l'amputation. Il prétend avoir vu récemment un malade opéré par la méthode de M. Terrier ; ce malade présentait une ulcération sur la cicatrice, ulcération rebelle qui nécessita une amputation. Le dernier malade, dont l'observation a été communiquée par M. Terrier, n'avait pas une déformation congénitale, mais était atteint de pied creux des interrosseux. Un appareil aurait pu corriger la déformation.

M. TRÉLAT est d'avis que l'opération de M. Terrier est légitime et bien conçue quand il s'agit des adultes. Chez les petits enfants, ce n'est pas tout à fait la même chose ; un appareil peut corriger la déformation et il est inutile de recourir tout de suite dans ces cas à une opération. Si cette déformation n'est pas traitée dans l'enfance, on a alors plus tard un véritable orteil en marteau, qui ne peut être guéri que par l'opération de M. Terrier. M. Desprès a tort quand il dit que la dernière observation de M. Terrier se rapporte à un pied creux. Il a vu la même déformation chez un sujet qui avait un pied plat.

M. SCHWARTZ cite le cas d'un enfant qu'il a traité par l'appareil à fourreau de Charrière. Il rapporte l'histoire de la malade qu'il a récemment opérée d'orteil en marteau et qu'il a montrée à la Société de chirurgie.

M. TERRIER dit qu'en somme, sur 13 observations publiées, on a obtenu 13 succès. — Il n'a pas voulu parler des enfants. Il est bien certain qu'à cet âge un appareil peut parfois suffire ; mais chez l'adulte il faut opérer. — A ce propos, il fait remarquer qu'on devrait exempter du service militaire tous les sujets *qui ne peuvent marcher*, ce qu'on ne fait pas.

M. CHAUVEL. — On n'exempte que les malades qui *marchent sur l'orteil* ; c'est le règlement.

M. TERRILLON cite un fait rare, un cas *d'ascite chyliforme*. Femme de [illegible] ans, qui, il y a 8 ans, vit son ventre augmenter de volume et maigrit notablement. Ponction il y a 2 ans ; on retira un liquide à caractères peu nets, couleur café au lait. On resta indécis sur le diagnostic. 2e ponction il y a 1 an ; même liquide, qui fut analysé, mais incomplètement. M. Terrillon vit alors la malade, trouva une tuméfaction péri-utérine, crut à un papillome des ovaires, fit une incision exploratrice, quitte à tenter, s'il y avait lieu, le curage de la séreuse envahie et trouva une ascite chyliforme. Il sortit 8 litres d'un

liquide qui avait la constitution suivante : D = 1,021 ; couleur café au lait faible, alcalin ; matières fixes, 110 gr. ; matières albuminoïdes, 76 gr. ; sel, 3 gr. 50 ; matières grasses, 21 gr. — Sur un des côtés de l'utérus se trouvait un petit fibrome, gros comme deux noix, infiltré dans le ligament large gauche. Ce qu'il y avait de remarquable, c'était l'aspect du péritoine, qui était rouge, tomenteux, saignant avec la plus grande facilité. Il referma le ventre. Pas d'accidents postopératoires. Cette ascite n'a pas amené une trop grande aggravation de l'état général. M. Terrillon insiste sur la quantité de graisse contenue dans ce liquide, qui n'est pas du tout comparable à celui qui provient de certaines péritonites purulentes ; ce dernier n'est que du pus transformé, à aspect plus ou moins chyliforme, mais sans matières grasses en telle proportion. Aussi la théorie de M. Debove pour l'ascite chyliforme lui paraît-elle inexacte. Pour contrôler l'autre théorie (rupture d'un vaisseau lymphatique) il a examiné avec soin le ventre, par son incision abdominale qui avait 4 centimètres ; mais il n'a rien trouvé de spécial. Pour lui, l'ascite chyliforme n'a rien à voir avec le petit fibrome qu'il y avait chez sa malade.

M. Bouilly. — La question des ascites est fort obscure. Il peut y avoir une ascite considérable avec un fibrome très régulier de l'utérus. Dans un cas (ascite de 15 litres), il a trouvé un fibrome pédiculé et le péritoine était très rouge, si injecté qu'après l'ablation de la tumeur, il se fit une légère hémorrhagie *ex vacuo*.

M. Quénu. — Ce qui domine dans l'histoire de l'ascite, c'est l'état du péritoine. Dans les cas d'ascite, on voit souvent à la surface de la séreuse des petites granulations inflammatoires, une sorte de sablé, un état tomenteux en rapport avec les tumeurs abdominales. Souvent cet état s'observe dans les cas de kystes de l'ovaire non ponctionnés, qui se sont rompus dans le ventre. Toutes les espèces de tumeur de l'ovaire (sarcome, fibrome, etc.) et de l'utérus peuvent déterminer de l'ascite.

M. Terrier est d'avis que l'ascite correspond à une espèce de péritonite chronique qui peut manquer ou exister, suivant les cas, sans qu'on sache pourquoi, dans toute espèce de tumeur du ventre (cancer de l'intestin, cancer du péritoine, etc.).

M. Lucas-Championnière. — Quand on observe chez la femme une ascite avec une tumeur des organes génitaux internes, il faut d'abord songer à une tumeur maligne de l'ovaire; mais il faut bien savoir que n'importe quelle tumeur du ventre, bénigne ou maligne, peut donner lieu, rarement il est vrai, à de l'ascite. Dans deux cas, cette année, il a constaté lors d'ascite un développement extraordinaire des vaisseaux lymphatiques de l'épiploon.

M. Quénu. — L'ascite dans les tumeurs bénignes du ventre est loin d'être exceptionnelle.

M. Terrillon n'a pas voulu discuter la question des ascites. Pour lui, il y en a deux espèces : 1° ascite avec péritoine sain ; 2° ascite avec péritoine tomenteux.

M. Le Dentu communique un cas d'*extirpation totale du larynx pour cancer*. Au début, n'étant pas fixé sur le diagnostic, on fit la laryngotomie intercrico-thyroïdienne. Puis le diagnostic étant assuré, il pratiqua l'extirpation totale par un procédé un peu spécial en raison de l'envahissement de la peau par le néoplasme. Il dut enlever un morceau d'œsophage atteint par l'épithélioma. Le malade supporta bien l'opération ; mais au bout d'un mois on constata une tuméfaction dans le plancher de la bouche. Trois mois plus tard, l'opéré succombait à cette récidive. — Evidemment ce malade a été opéré trop tard, et ce n'est pas la faute du chirurgien. M. Le Dentu profite de cette communication pour comparer les divers modes de traitement du cancer du larynx. Il conclut en disant que l'extirpation est ce qu'il y a de mieux à recommander, à condition d'opérer de très bonne heure (1).

M. Bouilly présente la malade dont il a parlé dans la dernière séance et à laquelle il a fait une *résection intestinale pour cancer*.

M. Berger présente une femme à laquelle il a fait une *résection tibio-tarsienne* pour une *tuberculose de l'astragale*. Pas de récidive à l'heure actuelle, malgré des fongosités dans les gaines des tendons, constatées pendant l'opération. Elle marche bien. Le calcaneum n'est pas soudé au tibia, malgré l'emploi d'une cheville en ivoire temporaire.

Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 9 mai 1888. — Présidence de M. Créquy.

M. Blondeau a autrefois souffert d'accidents douloureux du côté de l'intestin qui une fois seulement s'accompagnèrent d'un léger ictère. Il pensa qu'il était peut-être atteint du tœnia, mais l'administration d'un vermifuge resta sans effet. Toutefois la supupergation qui s'en suivit produisit d'heureux résultats de même que l'*Evonymin* qu'il conseille beaucoup dans ces douleurs réflexes intestinales à la dose de 0,03 cent. associé à 0,01 cent. de jusquiame.

M. Dujardin-Beaumetz, cherchant dans la série aromatique un corps qui pût remplacer l'acétanilide ou l'antipyrine, a été amené à étudier le dinitrate de chrysaniline, appelé *phosphine* dans le commerce. Le corps est toxique à la dose de un gramme. Il est difficile à manier, et, comme il ne donne, en tant que calmant, que des résultats bien inférieurs à la belladone ou au bromure de potassium, il n'y a pas lieu de fonder sur lui de grandes espérances thérapeutiques.

M. Blondel présente à la Société des échantillons de graines de *Strophantus hispidus*; ces graines sont identiques à celles du *Strophantus kombé*. Il n'y a donc pas lieu d'établir entre ces deux plantes des différences que ne justifient pas davantage les effets physiologiques obtenus.

M. Créquy, médecin en chef des chemins de fer de l'est, demande à la Société si les résultats obtenus contre la tuberculose pulmonaire, à l'aide des inhalations d'acide fluorhydrique, sont assez satisfaisants pour qu'il conseille à la Compagnie de l'Est, une installation de pareille nature.

M. Bucquoy répond qu'à son avis cette indication ne donne que des améliorations très passagères et qu'il la croit rapidement appelée à disparaître.

Séance du 23 mai 1888. — Présidence de M. Créquy.

M. Delpech, à propos d'un travail récent sur les diverses espèces d'Eucalyptus, rappelle qu'il a démontré, fait important, que le seul *Eucalyptus globulus* renfermait l'Eucalyptol.

M. Huchard cite plusieurs observations de *cardiopathies artérielles* ; dans ces cas, le cœur n'est malade que secondairement ; la grippe, la bronchite, des coliques hépatiques, des émotions, ont réveillé une myocardite qui sommeillait et produit l'hypotension artérielle. Dans ces cas, c'est du côté du cœur qu'il faut porter ses efforts, car le malade pourrait bien mourir d'asystolie. Contre cette asthénie cardiaque, on emploiera avec le plus grand succès, à l'encontre de la digitale, quatre à six injections par jour avec une seringue de Pravaz de la solution suivante :

Benzoate de soude	3	grammes.
Caféine	2	—
Eau distillée	6	—

Dissoudre à chaud.

D'autre part, à propos de la *caféine*, M. C. Paul a écrit que c'était Riegel, de Giesser, qui, le premier, l'avait expérimentée. Il n'en est rien, car les travaux de Riegel sont bien postérieurs à ceux de Koschtakoff et Botkin, Jaccoud, Lépine et Huchard.

M. C. Paul a peut-être fait une erreur de date, mais, en ce qui regarde la caféine, c'est un mauvais médicament cardiaque. Il serait heureux de savoir comment M. Huchard constate l'hypotension cardiaque qui lui sert de règle dans l'administration de ce médicament, qui ne détrônera pas encore la digitale. La décoction de café noir est bien meilleure que la caféine.

M. Huchard constate l'hypotension au moyen d'appareils appropriés. Tout en reconnaissant la valeur de la digitale, il ne pense pas non plus que M. C. Paul puisse nier l'action diurétique de la caféine.

M. C. Paul. — La caféine produit de l'agitation, de l'excitation, mais pas de diurèse.

(1) Nous ne [illegible] pas sur cette intéressante question, car on a pu lire dans les derniers numéros du *Progrès* un article très [illegible] par notre collaborateur et ami, M. Baudouin, sur ce sujet à l'ordre du jour.

M. Bilhaut rapporte qu'un de ses amis négociant en cafés lui a dit que l'absorption des vapeurs du café en torréfaction produisait chez lui la polyurie de même que chez ses employés. Ayant recueilli ces vapeurs à l'aide d'un alambic il obtint un liquide jaunâtre qui, injecté sous la peau d'un chien, produisit une polyurie très manifeste.

M. Delpech ne considérant que la formule donnée par M. Huchard la croit trop complexe : ne serait-ce pas le benzoate de soude qui produirait la diurèse ?

M. Huchard. — La caféine employée sans ou avec benzoate produit les mêmes effets : toutefois les propriétés cholalogues du benzoate peuvent être heureusement utilisées dans la circonstance. Du reste, il n'y a pas de médication diurétique vraie ; l'eau et le lait sont seuls dignes du nom de diurétique.

M. C. Paul. — Pardon, l'eau et le lait sont des hydragogues et non des diurétiques ; par contre la digitale augmente nettement la diurèse, dans certains cas seulement, toutefois, et qu'il n'est pas toujours facile de déterminer à l'avance.

M. Labbé pense que le lait est diurétique par les sels qu'il renferme ; quant à la caféine, elle ne favorise pas la diurèse, mais elle a parfois de bons effets sur le muscle cardiaque.

Gilles de la Tourette.

CONSEIL D'HYGIÈNE DE LA SEINE.

M. Ollivier a lu un rapport sur l'*Impétigo contagieux et l'inspection des écoles*. En voici les conclusions : Il me paraît indispensable, dit-il : 1° De considérer comme contagieux, au point de vue de l'hygiène, toutes les formes d'impétigo, qui jusqu'à présent ne sont pas considérées comme telles ; — 2° De les placer sous le coup de l'instruction préfectorale qui dit : Les enfants chez lesquels le médecin inspecteur, pendant sa visite, aura reconnu les symptômes d'un affection contagieuse, dit l'article 14 du règlement du 15 décembre 1883, seront immédiatement renvoyés chez leurs parents avec une lettre d'avis, indiquant le motif de ce renvoi. Cette lettre fera connaître aux parents, que l'enfant ne pourra être admis de nouveau dans l'établissement, qu'après s'être présenté à la consultation du médecin inspecteur et en avoir obtenu un certificat, constatant que sa rentrée peut avoir lieu sans inconvénient. On pourrait toutefois se dispenser de prendre des mesures d'exclusion dans le cas où l'éruption siégerait sur une partie facile à couvrir, au moyen d'un pansement approprié, comme le cuir chevelu par exemple.

VARIA

La maladie et la mort de l'empereur d'Allemagne.

On vient de communiquer à la presse allemande le rapport des médecins sur la maladie et la mort de l'empereur Frédéric III. Ce document, d'une longueur désespérante, n'est en somme qu'un violent réquisitoire des médecins allemands contre M. le Dr Mackenzie et sa conclusion n'est que la glorification de la science d'outre-Rhin. Les journaux d'Angleterre, furieux de voir attaquer de la sorte un de leurs compatriotes, sont d'avis qu'on aurait dû permettre à M. Mackenzie de répondre aux accusations de ses confrères d'Allemagne. Cependant ce dernier continue à se taire pour respecter, dit-il, une volonté expresse, et le *British medical Journal* prétend que le célèbre laryngologiste n'est point décidé à répliquer de sitôt. Pour nous, tout ceci nous paraît une pure question de politique qui n'a presque rien à voir avec la science ; aussi n'y insisterons-nous pas. D'ailleurs, la chose est en somme peu complexe. L'empereur était atteint d'un cancer, comme l'a prouvé l'autopsie que nous résumons ci-dessous ; les médecins allemands l'ont toujours pensé et l'ont dit. M. Mackenzie, par contre, est toujours resté dans l'indécision, une indécision *voulue* très probablement, indécision expliquée par une lettre de Billroth. « Le mensonge dans ces cas est commandé par la morale. » On pourrait ajouter : « De par la loi, les médecins devraient se taire. » On voit donc que la science n'a presque rien à faire en pareilles occurrences. Le seul côté un peu intéressant de cette observation principale est son début et l'autopsie ; nous allons relater cette dernière en quelques mots. Elle a été faite par MM. Virchow, Bardeleben, Bergmann, Langerhans, etc., en présence de M. Mackenzie. M. le Dr Waldeyer a été chargé de la partie histologique. L'examen nécroscopique n'a compris que les organes directement malades, à savoir le cou et le larynx ; mais les poumons ont été aussi examinés. Le larynx était complètement détruit par un cancer. Les bronches présentaient des lésions intenses, inflammatoires, dont la pathogénie est facile à comprendre. Le pourtour du larynx était envahi par la suppuration ; c'est à peine s'il subsistait quelques vestiges des cartilages. L'œsophage n'était pas perforé et ne communiquait pas avec la trachée.

De suite après la mort de l'impérial malade, on avait obligé M. Mackenzie à faire un rapport sur la maladie de l'empereur décédé ; il a prétendu qu'il n'était pas douteux qu'il s'agissait d'un cancer du larynx, mais que le diagnostic avait été difficile en raison du mode de développement du néoplasme. En effet, il avait, dit-il, débuté par les cartilages, et se serait surtout développé dans les couches profondes du tissu cartilagineux, ce qui avait modifié la symptomatologie.

Nous publierons, d'ailleurs, dans le prochain numéro les extraits les plus importants du rapport des médecins allemands.

Exposition Universelle de Paris 1889.

Congrès Scientifiques.

Par arrêté en date en date du 16 juillet 1888, le ministre du commerce et de l'industrie, commissaire général de l'Exposition universelle de 1889, a nommé membres du comité d'organisation du congrès international de dermatologie et de syphiligraphie : MM. les Drs Besnier, membre de l'académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Fenlard, chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques. Fournier, membre de l'académie de médecine, professeur à la faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Hallopeau, agrégé de la faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Quinquaud, agrégé de la faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Tenneson, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Vidal, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Par arrêté en date du 16 juillet 1887, M. le ministre du commerce et de l'industrie, a nommé membres du comité d'organisation du Congrès international des électriciens : MM. d'Arsonval, membre de l'Académie de médecine, professeur suppléant au Collège de France. Berger (Georges), directeur général de l'exploitation à l'Exposition universelle de 1889, ancien président de la société internationale des électriciens. Boudet de Paris, docteur, membre du comité de la société internationale des électriciens. Bonilhet, ingénieur manufacturier. Bourdin, [illegible]. Carpentier, ingénieur constructeur, vice-président de la société internationale des électriciens. Cornu (A.), membre de l'Institut, professeur à l'école polytechnique. Delaunay (D.), [illegible] Fontaine, ingénieur, administrateur de la société des machines magnéto-électriques Gramme. Gariel, professeur à la Faculté de médecine, vice-président de la société internationale des électriciens. Hillairet, ingénieur constructeur. Hospitalier, professeur à l'école municipale de physique et de chimie. Jeanin, secrétaire général de la société de physique. Lemonnier, ingénieur constructeur, président de la société internationale des électriciens. Lippmann, membre de l'Institut. Mascart, membre de l'Institut, professeur au Collège de France. Napoli, ingénieur, chef du laboratoire des essais aux chemins de fer de l'Est. De Nerville, ingénieur des télégraphes, chef du laboratoire central d'électricité. Potier, [illegible] à la Faculté des sciences. Rose, ingénieur. Postel-Vinay, ingénieur constructeur, président de la chambre syndicale des industries électriques. [illegible] Raymond, ingénieur [illegible] des télégraphes. [illegible] directeur des ateliers de [illegible] à Moulins. [illegible] chef du service [illegible] au chemin de fer du Nord. Sabine, [illegible] vice-président de la société internationale des électriciens. [illegible] Lie, ingénieur des télégraphes, secrétaire général de la société internationale des électriciens. [illegible] des télégraphes. [illegible] à l'École centrale. [illegible] ingénieur, secrétaire de la chambre syndicale des industries électriques. [illegible]

Par arrêté [illegible] 1888, [illegible] membres du comité d'organisation du Congrès international d'hygiène [illegible] MM. [illegible] ancien [illegible] de la société [illegible] de Paris. Dangin [illegible] président de la société d'[illegible] médicale [illegible]

Paris. Fines, docteur, directeur de l'observatoire des Pyrénées-Orientales. Japhet, docteur, vice-président de la société d'hydrologie médicale de Paris. Lemoine (Georges), ingénieur en chef des ponts et chaussées, président de la société météorologique de France. Leudet, docteur, secrétaire général de la société d'hydrologie médicale de Paris. Piche, président de la commission météorologique des Basses-Pyrénées. Poincarré, inspecteur général des ponts et chaussées et de l'hydraulique agricole, vice-président de la société météorologique de France. De Bois [illegible], docteur, correspondant de l'Académie de médecine, membre de la société d'hydrologie médicale de Paris. Renou, directeur de l'observatoire météorologique [illegible] de Saint-Maur, vice-président de la société météorologique de France. Schlemmer, docteur, secrétaire de la société d'hydrologie médicale de Paris. Tillot, docteur, correspondant de l'Académie de médecine, ancien président de la société d'hydrologie médicale de Paris.

Par arrêté en date du 16 juillet 1888, le ministre du commerce et de l'industrie a nommé membres du comité d'organisation du Congrès international d'hygiène : MM. Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine. Bourneville, docteur, député. Brouardel (Paul), membre de l'Académie de médecine, doyen de la Faculté de médecine. Chautemps, docteur, conseiller municipal. Chauveau, membre de l'Institut, inspecteur général des écoles vétérinaires. Colin (Léon), membre de l'Académie de médecine, président de la société de médecine publique. Cornil, membre de l'Académie de médecine, sénateur, professeur à la Faculté de médecine. Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine, membre du conseil d'hygiène de la Seine. Gariel, membre de l'Académie de médecine, ingénieur en chef des ponts et chaussées. Gavarret, membre de l'Académie de médecine, membre du comité consultatif d'hygiène. Grancher, professeur à la Faculté de médecine, membre du comité consultatif d'hygiène. Jacquot, inspecteur général des mines en retraite, membre du comité consultatif d'hygiène. [illegible], conseiller municipal. Martin (A.-J.), auditeur au comité consultatif d'hygiène, secrétaire général-adjoint de la société de médecine publique. Mayer, conseiller municipal. Monod (H.), directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur. Napias, docteur, auditeur au comité consultatif d'hygiène, secrétaire général de la société de médecine publique. Nicolas, directeur du commerce intérieur au ministère du commerce et de l'industrie. Peyron, directeur général de l'Assistance publique. Pouchet (Gabriel), agrégé de la Faculté de médecine, auditeur au comité consultatif d'hygiène. Proust, membre de l'Académie de médecine, inspecteur général des services sanitaires. Siegfried, député. Straus, conseiller municipal. [illegible], membre de l'Académie de médecine, ancien directeur du service de santé de la marine. Trélat (E.), architecte, [illegible] au Conservatoire des arts et métiers. Trélat (U.), membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine. Thévenot, trésorier de la société de médecine publique. [illegible], du service de santé au gouvernement militaire de Lyon. [illegible], membre de l'Institut.

[illegible] 16 juillet 1888, le ministre du commerce et de l'industrie a nommé membres du comité d'organisation du congrès international de photographie : MM. Bardy, Barlet, [illegible] (E.-D.), membre de l'Institut, professeur au muséum [illegible] Conservatoire des arts et métiers. [illegible], membre de l'Institut, professeur [illegible] vice-président de la société [illegible], éditeur, ancien élève [illegible] de Saint-[illegible], membre de l'Institut, directeur de l'observatoire [illegible] de Meudon. [illegible] président de la chambre syndicale des photographes. Marey, membre de l'Institut, professeur au collège de France. [illegible], membre de l'Institut, président de la société [illegible] de photographie. Perrot de Chaumeux, avocat. [illegible] du service photographique de la commission [illegible] laboratoire central [illegible] de la chambre syndicale des photographes. [illegible]. Wallon, membre de l'Institut.

[illegible] 16 juillet 1888, le ministre [illegible] commissaire général de l'Exposition universelle de 1889, a nommé membres du comité d'organisation du congrès international de physiologie : MM. Arloing, professeur à la faculté de médecine de Lyon. Arsonval (d'), membre de l'Académie de médecine, professeur suppléant au Collège de France. [illegible] au Collège de France. [illegible] Bert [illegible], membre de l'Institut, [illegible] professeur au Collège de France. [illegible] professeur à la Faculté des sciences [illegible] de l'Institut, professeur au Collège de France, président de la société de biologie. Charrin, secrétaire de la société de biologie. Chauveau, membre de l'Institut, inspecteur général des écoles vétérinaires, vice-président de la société de biologie. Cornil, membre de l'académie de médecine, sénateur, professeur à la faculté de médecine. Dastre, professeur à la faculté des sciences. Duclaux, professeur à la faculté des sciences et à l'institut agronomique. Dumontpallier, médecin des hôpitaux, secrétaire général de la société de biologie. Dupuy, secrétaire de la société de biologie. Duval (Mathias), membre de l'académie de médecine, professeur à la faculté de médecine. François-Franck, membre de l'académie de médecine, professeur suppléant au Collège de France. Gley, secrétaire de la société de biologie. Grimaux, agrégé de la faculté de médecine, professeur à l'école polytechnique. Guignard, professeur à l'École de pharmacie. Jolyet, professeur à la faculté de médecine de Bordeaux. Lépine, professeur à la faculté de médecine de Lyon. Marey, membre de l'Institut, professeur au Collège de France. Ollier, correspondant de l'Institut, professeur à la faculté de médecine de Lyon. Pasteur, membre de l'Institut. Ranvier, membre de l'académie de médecine, professeur au collège de France. Regnard, sous-directeur du laboratoire de physiologie à la Sorbonne. Retterer, secrétaire de la société de biologie. Richet (Charles), professeur à la faculté de médecine. Rouget (Charles), professeur au muséum d'histoire naturelle. Straus, professeur à la faculté de médecine.

Par arrêté en date du 16 juillet 1888, le ministre du commerce et de l'industrie, a nommé membres du comité d'organisation du congrès international de thérapeutique : MM. Bardet, docteur, secrétaire de la Société de thérapeutique. Blondel, secrétaire de la Société de thérapeutique. Boymond, pharmacien, membre de la Société de thérapeutique. Bucquoy, docteur, membre de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux. Créquy, docteur, membre de la Société de thérapeutique. Delpech, pharmacien, membre de la Société de thérapeutique. Dujardin-Beaumetz, docteur, membre de l'Académie de médecine. Féréol, docteur, membre de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux. Fernet, docteur, agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux. Guéneau de Mussy, docteur, membre de l'Académie de médecine. Labbé, docteur, secrétaire de la Société de thérapeutique. Mayet, pharmacien, membre de la Société de thérapeutique. Moutard-Martin, docteur, membre de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux. Paul (Constantin), docteur, membre de l'Académie de médecine, secrétaire général de la Société de thérapeutique. Petit, pharmacien, membre de la Société de thérapeutique. Vidal, docteur, membre de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux. Vigier, pharmacien, membre de la Société de thérapeutique.

Par arrêté en date du 16 juillet 1888, le ministre du commerce et de l'industrie, a nommé membre du comité d'organisation du congrès international de zoologie : MM. Balbiani, professeur au Collège de France. Barrois (Jules), directeur au laboratoire de Villefranche. Blanchard (Emile), membre de l'Institut. Blanchard (Raphael), agrégé à la Faculté de médecine, secrétaire général de la Société zoologique. Certes, inspecteur général des finances. Chapes, ancien élève de l'École polytechnique. Chatin (Joannès), membre de l'Académie de médecine, agrégé de l'École de pharmacie. Cotteau, correspondant de l'Institut. Delage, professeur de zoologie à la Sorbonne. [illegible]. Filhol, maître de conférences à la Faculté des sciences. Fisher (P.), docteur. Giard, maître de conférences à l'École normale. Guerne (de). Jullien, président de la Société zoologique. Künckel d'Herculais, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle. Lacaze-Duthiers (de), membre de l'Institut, professeur à la Faculté des sciences. Lortet, doyen de la Faculté de médecine de Lyon. Marion, professeur à la Faculté des sciences de Marseille. Mégnin. Milne-Edwards, membre de l'Institut, professeur au muséum d'histoire naturelle. Oustalet, aide-naturaliste au muséum d'histoire naturelle. Perrier (E.), professeur au muséum d'histoire naturelle. Pouchet (Georges), professeur au muséum d'histoire naturelle. Quatrefages (de), membre de l'Institut, professeur au muséum d'histoire naturelle. Ranvier, membre de l'Académie de médecine, professeur au Collège de France. Sabatier, professeur à la Faculté des sciences de Montpellier. Schlumberger, président de la Société géologique de France. Simon (Eugène). Vaillant (Léon), professeur au muséum d'histoire naturelle.

Centenaire de l'Université de Montpellier en 1889-1890.

Les membres de l'Enseignement supérieur de Montpellier ont résolu, à l'exemple de la ville de Bologne, de concert avec les membres de l'Académie des sciences et des lettres de cette ville, de fêter avec grande pompe, l'année prochaine, le sixième centenaire de la fondation de l'Université de Montpellier. Cette décision a été prise dans une séance plénière tenue récemment à la Faculté de médecine et la cérémonie a été fixée au commencement de l'année scolaire 1889-1890, c'est-à-dire

pendant l'hiver qui suivra l'Exposition internationale de Paris. Il est certain que professeurs et étudiants des autres centres universitaires français seront invités à assister à ces fêtes; et, d'autre part, il est plus que probable que les Universités étrangères seront priées d'y envoyer des délégués. Nous souhaitons vivement que le prochain centenaire de Montpellier soit aussi brillant que celui qui vient d'avoir lieu à Bologne; mais nous doutons fort que les rapières allemandes viennent montrer leur nez dans les rues de la capitale scientifique et littéraire du Midi.

Les Ambulances urbaines.

M. Lozé, préfet de police vient d'adresser aux commissaires de police de Paris la circulaire suivante :

Paris, le 25 juin 1888.

Monsieur,

Un service des ambulances urbaines, dû à l'initiative privée, a été inauguré à Paris le 1er juin courant. Il a pour but d'assurer des secours immédiats aux malades et aux blessés, et leur transport soit chez eux, soit à l'hôpital. Le siège des ambulances urbaines est à l'hôpital Saint-Louis, où se trouvent remisées trois voitures, dont une, toujours attelée, est prête à marcher à toute heure de jour et de nuit. Un réseau téléphonique relie le siège des ambulances à vingt-huit pharmacies ou postes de police dont vous trouverez la liste ci-après. Ce service fonctionne ainsi qu'il suit : Lorsqu'un malade ou un blessé est amené dans un de ces postes ou dans une de ces pharmacies, que son état est reconnu assez grave pour nécessiter son transport soit chez lui, soit à l'hôpital, le chef de poste ou le pharmacien demande, par téléphone, la voiture remisée à Saint-Louis. Cette voiture, dans laquelle prend place un interne de l'hôpital, vient immédiatement chercher le malade. Je vous prie, monsieur, de prendre bonne note de ces indications. Recevez, monsieur, l'assurance de ma parfaite considération. Le préfet de police. H. LOZE.

Voici maintenant les adresses de pharmaciens et postes de police reliés téléphoniquement à l'hôpital Saint-Louis : Chauvet, 44 bis, rue de Meaux; Bargallo, [illegible]4, rue d'Allemagne; Miesch-Drion, 228, boulevard de la Villette; Schneider, 181, rue du Faubourg-Saint-Martin ; Jugeat, 133, rue du Faubourg-du-Temple ; Guérin, 100, rue de Belleville ; Desoby, 153, rue Saint-Maur ; Gillet, 7, rue des Trois-Bornes ; poste de police, 25, avenue Parmentier ; Lombard, 1, place Voltaire; Parat, 84, rue Amelot ; Gendron, 38 bis, boulevard Beaumarchais ; Prélier, 110, rue Vieille-du-Temple ; docteurs Legros et Labonne, 3, place de la République ; Lanse, 57, rue Turbigo ; Gras, 87, rue du Temple ; Boucher, 43, rue Saint-Denis ; Sigond, 7, rue Coq-Héron ; Bonnet, 70, rue des Marais; Vigier, 12, boulevard Bonne-Nouvelle ; Bergerolle, 31, rue d'Hauteville; poste de police, mairie Drouot ; Roux, 141, rue Montmartre ; poste de police, à l'Opéra ; Lebrun, 47, rue Lafayette; Lacour, 81, rue Lafayette ; Degrauwe et Dalloz, 132, rue Lafayette ; Sauvage, 11, rue Scribe.

La variole à la Martinique.

Le parlement a adopté une proposition de loi tendant à l'allocation d'un secours extraordinaire de 100,000 francs aux populations de la Martinique éprouvées par l'épidémie de variole. Après cette dernière et [illegible] leçon, il est à espérer que les autorités de la Martinique auront assez d'intelligence et [illegible] pour organiser d'urgence un service régulier de vaccination dans la colonie. Il est du devoir du gouvernement d'y veiller, de donner les ordres nécessaires et de se faire renseigner chaque année sur les résultats obtenus.

Crémation.

L'un des vétérans du parti républicain et de la libre pensée, M. André Saturnin MORIN, vient de mourir à l'âge de 81 ans. Il était membre du Comité de la Société pour la propagation de la crémation. A cette société ainsi qu'au Conseil municipal, lorsqu'il en était membre, il a toujours réclamé la crémation facultative. Conséquent avec lui-même, aux termes de son testament, il a voulu que son corps fût conduit à Milan, par ses exécuteurs testamentaires, M. V. Poupin et J. Marc Leriche, pour y être incinéré.

Congrès de la tuberculose à Paris, 25 juillet 1888.

Programme des séances du Congrès.

Mercredi 25 juillet. A 9 heures du matin, réunion des membres du Congrès dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine. *Séance d'organisation.* — *Ordre du jour* : Approbation des statuts et du règlement du Congrès. Nomination des membres du bureau définitif. A 3 heures de l'après-midi, *séance publique d'inauguration*, dans le grand amphithéâtre de la Faculté. — A 9 heures du soir, réception des membres du Congrès par le comité d'organisation dans la salle du conseil de la Faculté de médecine. — *Jeudi 26 juillet.* A 9 heures du matin, séance dans le grand amphithéâtre. Communications relatives à la question I. A 3 heures de l'après-midi, suite de ces communications, s'il y a lieu, et questions diverses. — *Vendredi 27 juillet.* A 9 heures, visite aux laboratoires de MM. les professeurs Cornil et Straus (démonstrations d'anatomie pathologique et de technique bactériologique) et au Musée d'hygiène, sous la direction de M. le professeur Proust (exposition des procédés et appareils applicables à la prophylaxie de la tuberculose). A 3 heures de l'après-midi, séance dans le grand amphithéâtre. Communications diverses. — *Samedi 28 juillet.* A 9 h., communications relatives à la question II. A 3 heures de l'après-midi, suite de ces communications et questions diverses. — *Dimanche 29 juillet.* A 1 heure de l'après-midi, visite à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, présentations d'animaux malades et autopsies d'animaux tuberculeux.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 23. — Examens ayant lieu à 9 heures. 3e d'*Officiat* (Hôtel-Dieu) : MM. Ollivier, Reynier, Jalaguier.

MARDI 24. — Examens ayant lieu à 1 heure. 3e d'*Officiat* (définitif) (Charité), 1re *Série* : MM. Fernet, Brun, Maygrier ; — 2e *Série* : MM. Legroux, Bouilly, Charpentier.

VENDREDI 27. — Examens ayant lieu à 1 heure. 2e d'*Officiat* (fin d'année). MM. Marc Sée, Kirmisson, Reynier, — 3e d'*Officiat* (fin d'année) : MM. Ollivier, Brissaud, Segond.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Lundi 23. — M. Soustre. Sur un procédé opératoire des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal. — M. Estrada. Contribution à l'étude du traitement chirurgical des fibromyomes utérins. — M. Michel. Etude sur le traitement de la mort apparente des nouveau-nés et le tubage du larynx comme amélioration des procédés de respiration artificielle. — M. Parcin. De l'albuminurie consécutive aux inhalations chloroformiques. — M. Saint-Hilaire. De l'influence de la température organique sur l'action de quelques substances toxiques. — M. Le Serrec de Kervily. Contribution à l'étude de la toux dans la coqueluche. — M. Hercholle. Contribution à l'étude de la chorée rythmée. — M. Meloir. Etude sur la forme épileptique de la méningite tuberculeuse de l'adulte. — M. Chamorro. Etude de la tuberculose aiguë des articulations. — M. Oube. Traitement de l'anévrysme de l'artère poplitée par l'extirpation du sac. — M. Perez. Exploration des uretères. — M. Donnadieu. Rapports de l'albuminurie avec l'eczéma et l'impétigo. — M. Noz. Etude historique et critique sur les éruptions psoriasiformes. — M. Duc[illegible]. Du système artériel chez les alcooliques. — *Mardi 24.* — M. M[illegible]. Des plaies du rein par coup de feu. — M. Aysaguer. Sur la fracture longitudinale de l'extrémité inférieure des deux os de la jambe. — M. Houx. [illegible]. — M. Bellier. Formose et les Pescadores. — M. Ferest de Faye. De la dévation consécutive à l'arthrite et de son rôle dans une variété de pied douloureux. — M. Mendez. Etude de l'artério-sclérose et de sa valeur séméiologique. — M. Haralambie. De la pleurésie récidivante, sa localisation du côté opposé à la première atteinte. — M. Lesguillon. De l'atmosphère créosotée et de la créosote dans le traitement de la phthisie pulmonaire. — M. Balme. Hypertrophie des amygdales. — M. Sattler. Contribution à l'étude clinique de quelques accidents consécutifs à la téphromyélite antérieure aiguë (Paralysie infantile). — M. Modelski. Contribution à l'étude des divers modes de transmission de la fièvre typhoïde. — M. Vassaux. Développement de l'œil. — M. Martin [illegible]. Contribution à l'étude des tumeurs des sinus frontaux. — M. Issaurat. Le sinus urogénital. — M. Aublant. Etude critique sur l'emploi de l'acide fluorhydrique dans les affections pulmonaires. — M. Panne. Trachéotomie dans le croup avec [illegible]. — M. Goffart. Des suites opératoires éloignées de la résection de la hanche dans la coxalgie et de la valeur comparative de cette opération avec le traitement non sanglant. — M. Chorzé. De la suture [illegible]. — M. Macty. De la colite [illegible]. — *Mercredi 25.* — M. Lesar. Des ruptures traumatiques de la vessie. — M. Chrétien. De [illegible]. — M. Linon. De la ligature au catgut dans le traitement des anévrysmes. — M. Portdilon. [illegible] et artères palmaires. — M. Rotchez. Claquement d'ouverture de la mitrale. — M. Basle. Contribution à l'étude du rhumatisme blennorrhagique. — M. Sibilat. Traitement de la syphilis par la méthode de Scarenzio. — M. Lamasse-Labrousse. De la résection [illegible] sans drainage. — M. Paprot. Des [illegible] qui masquent le diagnostic de l'étranglement herniaire. — M. Gav[illegible]. De l'hypertrophie [illegible]. — M. Posson. Contribution à l'étude des hémiplégies chez les [illegible]tiques. — M. De[illegible]. Quelques considérations sur la fièvre puerpérale et sur sa nature. — M. Dan[illegible]. Contribution à l'étude du

traitement de la diphthérie, des principes antiseptiques et du lavage des voies respiratoires par un nouveau procédé. — M. Bagon. Tuberculose pulmonaire dans le diabète sucré. — *Jeudi* 26. — M. Archambault. De la trépanation primitive dans les fractures de la voûte du crâne. — M. Semmac. Kystes à grains riziformes du poignet et de la main. — M. Albournac. De l'influence de l'alcool sur la santé des enfants. — M. Lamiot. De la situation des fœtus et des œufs dans la grossesse gémellaire. — M. Leulieux. Le Soja Hispida : sa valeur alimentaire et son indication dans le diabète sucré et comme moyen de sustentation dans les opérations à pratiquer chez les glycosuriques. — M. Lamy. Contribution à l'hygiène navale. Les avisos de fleuves au Sénégal. — M. Pessez. Essai sur les polyuries et les albuminuries d'origine nerveuse. — M. Argueyrolles. Contribution à l'étude de l'œdème et de l'anasarque de nature rhumatismale. Coexistence de la dilatation de l'estomac. — M. Gaiffe. Des phénacétines — M. Journiac. Du délire hypochondriaque (valeur séméiologique). — M. Carrier. Du rétrécissement pulmonaire congénital chez l'adulte. — M. Mercier. Fièvre typhoïde avec lésions prédominantes du gros intestin. — M. Bories. Aperçu médical sur la maison départementale de Nanterre. — M. Lauzit. Aperçu général sur les écrits des aliénés. — M. Pison. De l'asymétrie fronto-faciale dans l'épilepsie. — M. Fouriaux. Contribution à l'étude du traumatisme dans ses rapports avec l'aliénation mentale. — M. Eymery. Etude sur la dyspnée dans les maladies du cœur et de l'aorte. — M. Delacroix. Contributions à l'étude du strophantus. — M. Thibal. Sclérose tubéreuse ou hyperthropique. — M. Pierre. Quelques considérations sur la présence des larves de la Lucilia hominivora dans les fosses nasales. — *Vendredi* 27. — M. Laugier. De la dilatation du cœur dans les maladies aiguës. — M. Jacquot. De l'infection tuberculeuse par voie génitale. — M. Jacquet. Des syphilides pustuleuses érosives. — M. Baudier. Du traitement des plaques muqueuses hypertrophiques persistantes, chez les femmes. — M. Puig. De la fièvre et des complications dans la varicelle. — M. Boisvert. Etude clinique des formes atténuées de la paralysie alcoolique. — M. Quiroga. Etude sur l'ulcère gastro-duodénal d'origine infectieuse. — M. Jacob. Exploration du conduit auditif et de l'oreille moyenne. Diagnostic des affections de la caisse du tympan. — M. Champeil. Contribution à l'étude des cystites tardives dans la blennorrhagie. — M. Tournier. Essai sur les labialites tertiaires. — M. Vanneufville. Etude clinique et expérimentale sur la néphrhorrhaphie. — *Samedi* 28. — M. Vildermann. Signes et diagnostic des grossesses triples. — M. Waynbaum. De différentes manœuvres employées pour dégager la tête dernière arrêtée sur le plancher périnéal et leur comparaison avec les applications des forceps. — M. Dieudonné. Quelques cas de fausse gangrène du poumon. — M. Causit. Du sourd-muet et de sa prédisposition à contracter la phtisie. — M. D'oger de Speville. Maladie de Morvan. — M. Fauvel. Etude de quelques cas de cirrhose atrophique sans ascite. — M. Vauthrin. Dosage de l'hémoglobine par la méthode spectroscopique du Dr Hénocque. Les applications à la clinique.

Enseignement médical libre.

Cours libre de gynécologie. — M. le Dr DOLÉRIS commencera le lundi 23 juillet, une série de leçons sur les *Déviations utérines et leur traitement.* — Les leçons auront lieu le lundi et vendredi de chaque semaine, à 4 heures, 12, rue de Navarre.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 8 juillet 1888 au samedi 14 juillet 1888, les naissances ont été au nombre de 1121, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 446 ; illégitimes, 158. Total, 604. — *Sexe féminin* : légitimes, 383 ; illégitimes, 134. Total, 517.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 8 juillet 1888 au samedi 14 juillet 1888, les décès ont été au nombre de 844, savoir : 443 hommes et 401 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 7, F. 4. T. 11. — Variole : M. 1, F. 2, T. 3. — Rougeole : M. 9, F. 9. T. 18. — Scarlatine : M. 3, F. 0, T. 3. — Coqueluche : M. 3, F. 5. T. 8. — Diphthérie, Croup : M. 15, F. 8, T. 23. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 104, F. 57. T. 161. — Autres tuberculoses : M. 23, F. 13. T. 36. — Tumeurs bénignes : M. 2, F. 8. T. 10. — Tumeurs malignes : M. 12, F. 29. T. 41. — Méningite simple : M. 13, F. 14. T. 27. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 22, F. 24. T. 46. — Paralysie : M. 2, F. 2. T. 2. — Ramollissement cérébral : M. 6, F. 5. T. 11. — Maladies organiques du cœur : M. 15, F. 27. T. 42. — Bronchite aiguë : M. 11, F. 14 T. 25. — Bronchite chronique : M. 5, F. 10. T. 15. — Broncho-Pneumonie : M. 9, F. 3. T. 12. — Pneumonie M. 15. F. 16. T. 31. — Gastro-entérite, biberon : M. 25. F. 29. T. 54. — Gastro-entérite, sein : M. 14, F. 10. T. 24 — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2. F. 1. T. 3. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 5 T. 5 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 10. F. 12, T. 22. — Sénilité : M. 8, F. 17. T. 25. — Suicides : M. 14, F. 1. T. 15. — Autres morts violentes : M. 8. F. 5. T. 13. — Autres causes de mort : M. 79. F. 66. T. 145. — Causes restées inconnues : M. 6 F. 4. T. 10.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 81, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 38, illégitimes, 11. Total : 49. — *Sexe féminin* : légitimes, 19; illégitimes, 13. Total : 32.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. VIALLETON a soutenu, devant la Faculté des sciences de Paris, le 17 juillet 1888, à neuf heures et demie, une thèse intitulée : *Recherches sur les premières phases du développement de la Seiche (Sepia officinalis)*.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours pour le clinicat des maladies mentales.* — M. ROUILLARD vient d'être nommé chef de clinique titulaire ; M. Semelaigne, chef de clinique adjoint.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Les professeurs de la Faculté de médecine de Bordeaux se sont réunis en assemblée, jeudi 5 juillet, pour s'occuper de la suppression d'une place d'agrégation dans la section de chirurgie pour le concours de 1889. La Faculté de Bordeaux a émis à l'unanimité un vœu fortement motivé pour que cette place sur laquelle avaient compté un certain nombre de candidats fut mise au concours en 1889.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — M. TAVERNIER, aide de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, est maintenu, en outre, pendant l'année scolaire 1888-1889, dans les fonctions d'aide préparateur d'anatomie pathologique. — M. HAVREZ est maintenu, pour l'année scolaire 1888-1889, dans les fonctions d'aide préparateur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — La chaire de pathologie interne est déclarée vacante. — Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — M. BLANCHARD (J.-R.), pharmacien de 1re classe, est nommé préparateur de pharmacie chimique, à ladite Ecole, en remplacement de M. Finet, décédé.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'AMIENS. — M. PEUGNIEZ, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à ladite Ecole. — M. MOLLIEN, professeur d'anatomie, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale à ladite Ecole, en remplacement de M. Padieu, décédé. — M. DHOURDIN, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, en outre, d'un cours d'anatomie, à ladite Ecole, pendant l'année scolaire 1888-1889.

ECOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — Un concours s'ouvrira le 7 janvier 1889, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

ECOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — Un concours sera ouvert le 7 janvier 1889, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN. — M. DUMONT, docteur ès sciences naturelles, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle à ladite Ecole.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE. — M. FOUGERAT, licencié ès sciences physiques, est institué, pour une période de neuf ans, à partir du 1er novembre 1888, chef des travaux physiques et chimiques à ladite Ecole.

ECOLE DE MÉDECINE DE TOURS. — Un concours s'ouvrira, le 7 janvier 1889, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — M. KUNCKEL D'HERCULAIS, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, est chargé d'une mission en Algérie, à l'effet d'étudier les causes naturelles des invasions d'Acridiens migrateurs et de rechercher des procédés pratiques de destruction de ces insectes. — M. STEENACKERS, vice-consul de France, est chargé d'une mission au Japon, à l'effet d'y poursuivre des recherches relatives à l'anthropologie et d'y réunir des collections scientifiques destinées à l'Etat.

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour la nomination aux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie, vacantes en 1889.* — L'ouverture du concours pour l'externat aura lieu le lundi 22 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3. Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 3 septembre jusqu'au mercredi 3 octobre inclusivement.

Concours pour les prix à décerner en 1888, *aux élèves externes en médecine et en chirurgie, et la nomination aux places d'élèves internes, vacantes en* 1889. — L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le vendredi 19 octobre, à *midi précis.* — Le nombre de places à donner sera porté, avant cette date, à la connaissance des candidats. MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie de 2e et de 3e année sont prévenus qu'en exécution du règlement, ils sont tous tenus de prendre part au concours des prix, sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux et hospices. Les élèves seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 3 septembre jusqu'au mercredi 3 octobre, inclusivement.

Laboratoire de zoologie maritime. — Le lazaret de Tatihou, près Saint-Waast-la-Hougue (Manche), est affecté au ministère de l'instruction publique et des beaux-arts, en vue de l'installation d'un laboratoire de zoologie maritime dépendant du Muséum d'histoire naturelle.

Association australienne pour l'avancement des sciences. — La première session de cette association, de fondation toute récente, aura lieu à Sydney le 4 septembre prochain.

Bienfaits de la vaccination. — La vaccination, qui est obligatoire en Allemagne, a réussi à y faire rayer la variole des causes de décès. C'est ainsi qu'aujourd'hui à Berlin, on ne perd qu'un habitant sur 100.000 de variole, tandis que jadis il en mourait 92. A Londres, le fait est encore plus patent : la mortalité est de 0,6 seulement pour 100.000 personnes. Quand donc la France sera-t-elle fière d'avoir imité l'exemple de ses deux voisines ?

Épidémie. — L'épidémie de variole de Pantin n'est pas encore éteinte. La variole prend le caractère hémorrhagique. Il y a eu un certain nombre de morts. Ceci montre qu'on n'a pas sérieusement appliqué le remède, c'est-à-dire la *revaccination.*

Distinctions honorifiques. — *Légion d'honneur.* Sont nommés : *Officiers.* M. Baillon, professeur à l'École de médecine de Paris ; — M. le Dr Le Bon (G.), explorateur ; — M. le Dr Labric, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, à Paris ; — *Chevaliers.* MM. Wilms, professeur à la Faculté de Lille ; — Bouty, professeur à la Faculté des sciences de Paris ; — Pollet, ancien vétérinaire militaire ; — M. le Dr Gérin-Roze, médecin de Lariboisière ; — M. le Dr Charles Monod, chirurgien à l'hôpital Saint-Antoine ; — M. Gallois, architecte de l'Assistance publique ; — M. le Dr Villeneuve, médecin des hôpitaux de Marseille ; — M. le Dr Tonnet (de Niort) ; — M. le Dr Teillais, ophthalmologiste, à Nantes ; — M. le Dr Picard, de Selles-sur-Cher (Loiret) ; — M. le Dr Gros, professeur de clinique médicale à l'École d'Alger.

Officiers de l'instruction publique : MM. les Drs Courserant, Fagard, Labarthe, Martialis-Mérault, Beauregard, Rampal, Gagnon, Lenoel, Lesceur, Turel, Tripier, Gailleton, Castan, Bertin, Jaumes, Heurtaux, Hénocque, Guède, Von Gelder.— *Officiers d'académie.* M. le Dr Lemoine (J.) (Paris) ; Mme le Dr Gâches-Sarraute (Paris); MM. les Drs Arragon, Aubert, Barbaud, Batesti, Benoit, Berne, Bierry, Chauveau, Coffec, Coupard, Darcelles, Guérard, Lacroix, Lamarche, Langrais, Loupie, Morgues, Monnier, Perrin, Poupon, Rech, Richard, Robert, de Soyre, de Welling, Cauchois, Takvorian, Takvor, Pojolat, Thibaut, Morat, Bure, Macé.

Médailles. — M. le Dr Millon, médecin de la police à Marseille, vient de recevoir une médaille de vermeil, pour les services exceptionnels, dévoués et distingués, qu'il a rendus lors des épidémies cholériques de 1884 et 1885.

Falsification du thé. — Elle se fait, en Russie surtout, à l'aide des feuilles de l'*Epilobium hirsutum* et *angustifolium*, de l'*Ulmus campestris, Prunus spinosa, Fragaria vesca, Fraxinus excelsior, Sambucus nigra, Rosa canina, Ribes nigrum* ; — de sels minéraux, de sable, de plâtre, de bleu de prusse, d'indigo, de caramel de limaille de laiton, même de bois de campêche. (*Rev. scient.*).

Femmes-médecins. — Mme Willet, docteur en médecine, vient d'être nommée membre de l'Académie de médecine de Philadelphie. C'est la première fois qu'une femme est admise dans cette Société.

Laboratoire de zoologie marine. — On vient d'en créer un à Woods-Hall, dans le Massachusetts. — Un laboratoire analogue va être installé à Ostende par les quatre Universités belges.

Legs Jean-Baptiste Mège. — La commission générale de l'association des médecins de la Seine, reconnue d'utilité publique par décret du 16 mars 1851, est autorisée à accepter le legs fait à cette œuvre par le sieur Jean-Baptiste Mège, suivant son testament olographe du 10 juin 1863 et consistant en une rente annuelle et perpétuelle de 20 fr. — Le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine est autorisé à accepter, au nom de cette Académie, aux clauses et conditions imposées, le legs d'une rente annuelle et perpétuelle de 300 fr. que lui a fait le sieur Jean-Baptiste Mège. Les arrérages de cette rente seront consacrés à la fondation d'un prix triennal, qui sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur un sujet de physiologie expérimentale, d'anatomie pathologique, et ensuite à la volonté de l'Académie. — Les secrétaires perpétuels de l'Académie des sciences de l'Institut de France sont autorisés à accepter, au nom de cette Académie, aux clauses et conditions imposées, le legs d'une somme de dix mille francs que lui a fait le sieur Jean-Baptiste Mège, suivant ses testament et codicille des 10 juin 1863 et 4 février 1869. Cette somme sera donnée en prix à l'auteur qui aura continué et complété les essais du sieur Mège sur les causes qui ont retardé ou favorisé les progrès de la médecine depuis l'antiquité jusqu'à nos jours.

Nominations. — M. le Dr Dauzat est nommé médecin-inspecteur des eaux de la Bourboule.

Nouveau journal. — M. le Dr J. Roussel vient de faire paraître le premier numéro de *La médecine hypodermique, antisepsie médicale au moyen des injections sous-cutanées,* 26, boulevard des Italiens.

Une correction nécessaire. — Nous avons annoncé par erreur la mort de M. le Dr William Mac Ewen (de Glasgow). Nous sommes heureux d'apprendre que ce n'est pas ce chirurgien bien connu qui vient de succomber, mais un jeune médecin plein d'avenir, portant le même nom ; ce qui explique tout.

Nécrologie. — M. le Dr Nollas (de Roanne). — M. le Dr Dallidet (de Bordeaux), ancien chef de clinique de la Faculté de médecine (1882-1884), médecin-adjoint des hôpitaux de Bordeaux, vient de succomber tout jeune encore, à Mersac (Charente). Il avait été aide d'anatomie pathologique à la Faculté, en 1878, dans le laboratoire de M. Coyne. — M. le Dr Néris (Rémy) de Saint-Pierre de la Martinique, chevalier de la Légion d'honneur. — M. le Dr Briois (de Paris). — M. le Dr Truiset (de la Gravelle, Mayenne). — M. le Dr Chartier, médecin principal de 2e classe, retraité à Fontainebleau. — M. le Dr Dickson, professeur de botanique à l'Université d'Edimbourg. — M. le Dr Delamare, médecin à Saint-Pierre-Miquelon. — M. le Dr Blondel (de Raismes). — M. le Dr Monastirsky, professeur de chirurgie à l'Institut clinique de la Grande duchesse Eléna Pavlovna à Saint-Pétersbourg, vient de succomber à l'âge de 41 ans. Les principaux travaux publiés par ce médecin sont : *Sur la pathologie de la Lepra tuberosa,* Saint-Pétersbourg, 1877 ; — *Sur le Traitement moderne des plaies* ; leçons faites à l'Institut clinique en 1885-86 ; Saint-Pétersbourg, 1886. — *Sur les idées modernes relatives à la pathologie et la thérapeutique des arthrites.* Leçons faites à l'Institut clinique en 1886-87, Saint-Pétersbourg 1887-88. — M. le Dr Bacquias (Joseph), né à Essoyes (Aube), ancien interne des hôpitaux (promotion 1850), ancien député de l'Aube (1881), ancien médecin de l'Hôtel-Dieu de Troyes, chevalier de la légion d'honneur (1872) ; conformément à ses principes, ses obsèques seront purement civiles et auront lieu le 21 juillet.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VIII. N° 30. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 28 JUILLET 1888.

Le Progrès Médical

PHYSIOLOGIE

De l'électricité du corps humain ;

Par le Dr **R. VIGOUROUX**, chef du service d'électrothérapie de la Salpêtrière (1).

M. Féré a publié dans ce journal (1884) l'observation d'une malade qui présentait des phénomènes singuliers d'électrisation de la surface cutanée. Tout récemment, dans une communication à la Société de Biologie (14 janvier), il a eu l'occasion de revenir sur ce sujet, à propos du fils de la malade chez lequel on constate des phénomènes analogues.

L'explication de ces faits semble, au premier abord, très-facile. L'électrisation de l'épiderme et des cheveux par le frottement est bien connue. Chez les malades de M. Féré, en raison de la sécheresse morbide de l'épiderme, elle prend des proportions, insolites pour nous, mais qui n'auraient rien de surprenant dans l'Amérique du Nord. Dans ce pays, en effet, surtout pendant les hivers rigoureux, les manifestations de ce genre sont très ordinaires et très intenses. Il suffit, par exemple, de faire dans certaines maisons quelques pas sur un tapis pour pouvoir donner des étincelles capables d'allumer un bec de gaz. L'électricité est produite dans ce cas par le frottement des chaussures sur la laine du tapis. (Le cuir sec est très électrique; dans les usines on voit souvent les courroies des machines donner de longues étincelles). Ces particularités ont d'ailleurs été rappelées dans la discussion de la Société de Biologie ; on peut en lire une description dans un ancien rapport du Pr Loomis reproduit par le journal *The Electrician*, de 1878. Il serait facile de multiplier à cet égard les anecdotes.

Mais, chez les malades en question, il y aurait quelque chose de plus ; certains détails de l'observation donneraient à penser que le frottement n'est pas le seul agent d'électrisation. M. Féré en arrive à demander s'il n'y aurait pas, à l'état physiologique, production d'électricité à la surface cutanée, production qui pourrait être exagérée et mise en évidence par des influences morbides, telles que l'hystérie dans le cas particulier.

Cette hypothèse, de l'existence à l'état physiologique, d'une tension ou charge électrique de la peau, mérite d'être examinée. Comme le dit M. Féré, si elle était fondée, elle pourrait donner la clef des phénomènes de transfert, de polarisation, de sensibilité élective et de certaines actions à distance. *Revue scientifique* du 4 février).

Voyons donc quel est l'état de nos connaissances sur ce point. En elle-même, la supposition est loin d'être nouvelle. Dès les commencements de l'électricité, Bertholon publiait son traité de l'*Electricité du corps humain* (2 vol., 1786); après lui, bon nombre d'auteurs édifièrent des théories sur l'électricité naturelle de la surface du corps. Nous n'en citerons que quelques-uns: Pétetin, de Lyon 1828), dans son traité d'*Electricité animale*, explique par des modifications de l'état électrique normal de la peau certains faits très analogues à ceux qui ont été décrits récemment sous le nom d'action à distance des médicaments et aussi l'efficacité du traitement électrique dans les névroses. Coudret, dans un ouvrage qui porte le même titre (1834), propose une thérapeutique basée sur la même donnée ; contre certaines inflammations, il conseille de garnir la partie malade de pointes métalliques, afin de favoriser l'écoulement de l'excès d'électricité.

Voici qui est plus scientifique: Meissner, dans un mémoire très soigné *Zeitschrift fur rationnelle Medicin*, 1861 , étudie les conditions électriques de la peau. Il croit au moyen d'électroscopes très sensibles pouvoir y démontrer des modifications en rapport avec celles que le galvanomètre permet de constater dans les nerfs et les muscles. Mais Hankel (cité par Stein, *Allgemeine Elektrisation*, 1883) explique, par de simples actions de frottement et de contact, les résultats de Meissner et les déclare illusoires. La même critique convient, *a fortiori*, au travail que Klemm (*Deutsche Klinik*, 1873) a consacré aux indications électroscopiques de la peau dans les maladies.

Enfin, M. Stein, de Francfort, a publié dans le *Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1880, une note sur la *tension positive du corps humain.* Il voit la preuve de son existence dans la déviation que fait éprouver à l'effluve électrique, dans un radiomètre ou dans un tube de Crookes, l'approche de la main ou de toute autre partie du corps. Il fait remarquer que cette notion est de nature à éclaircir les phénomènes de l'hystérie, etc. Mais il perd de vue que le corps humain partage avec tous les autres conducteurs la faculté de produire cette déviation. Elle provient simplement de ce que les tubes de Crookes sont, à quelques égards, de véritables condensateurs dont la capacité varie avec la distance des conducteurs environnants. De plus, n'eût-on pas cette explication, qu'il resterait à concilier ces données contradictoires d'une charge électrique assez forte pour produire de tels effets d'influence et trop faible cependant pour affecter les électromètres les plus sensibles, ce qui est le cas ainsi qu'on va le voir.

Il est assez curieux de constater que l'électrisation naturelle du corps humain semble avoir pris place dans les croyances populaires. Elle fait évidemment le fond de certaines pratiques qui tendent à se répandre, celle entre autres de faire supporter le lit d'un malade par ces godets de verre qui servent pour les pianos. On entend aussi quelquefois des personnes, même des médecins, justifier l'emploi de la soie pour les vêtements de dessous, par l'utilité de conserver l'électricité.

En somme, l'existence d'une charge électrique physiologique à la surface du corps est encore à démontrer. Les considérations théoriques ne pouvant fournir aucun argument décisif, pour ou contre, il faut recourir à l'observation directe. Dans le cours de l'année 1882, nous avons fait à ce sujet quelques expériences qui n'ont pas été publiées. Il peut être intéressant d'en donner ici un résumé.

(1) Rédaction plus étendue d'une note présentée récemment à la *Société de Biologie*.

Les questions à élucider étaient les suivantes : 1° Existe-il *normalement* une différence de potentiel entre le corps et le sol ? En d'autres termes, le corps humain est-il dans un état électrique différent de celui du sol ? 2° Existe-t-il *normalement* une différence de potentiel entre deux points quelconques de la surface du corps ? Par le mot *normalement*, nous entendons : à l'exclusion des actions électriques du frottement et des contacts hétérogènes.

I. *Expériences avec les électromètres à feuille.* — Nous avons employé alternativement l'électromètre ou électroscope ordinaire à feuille d'or et celui beaucoup plus sensible de Bohnenberger. Dans ce dernier la feuille unique, en aluminium, très longue, est suspendue entre les pôles d'une pile de Zamboni. Dans les deux espèces d'instrument, le bouton terminal de la tige qui porte la feuille pouvait être remplacé à volonté par un plateau de condensateur, ou par une pointe ou par un fil.

Nous nous sommes préoccupé surtout d'obtenir des phénomènes d'influence, les seuls qui ne donnent pas lieu à des doutes sur l'origine de l'électricité observée. En approchant, autant que possible, mais sans contact, la main de la boule de l'instrument, on n'observe pas le moindre déplacement de la feuille. Même résultat si la boule est remplacée par la pointe ou par le conducteur. Il en est de même si on remplace la boule par un long fil de cuivre isolé, dont l'extrémité effilée est mise en regard et à proximité de différentes régions du corps. Le résultat est le même, aussi bien quand la personne examinée est sur le sol que lorsqu'elle est sur l'isoloir. Donc l'état électrique du corps ne diffère pas de celui du sol, au moins pour l'électroscope. Même résultat négatif lorsqu'on examine comparativement deux points du corps au moyen de l'électromètre. Pour cela deux fils sont mis en rapport par une extrémité avec les points à explorer et fixés par l'autre aux électrodes de l'électromètre. Celles-ci, dans l'électromètre à feuille d'or, sont constituées par la boule, d'une part et un bouton communiquant avec une garniture métallique doublant la cloche de verre, d'autre part.

II. *Expériences avec les condensateurs.* — Nous n'avons pas réussi à communiquer la moindre trace de charge à des condensateurs de différentes constructions en mettant une des armatures en communication avec la peau et l'autre avec le sol. L'expérience a été faite avec et sans le tabouret isolant. Même résultat négatif pour deux points de la surface du corps mis en communication avec les deux armatures. Les condensateurs ont été : une bouteille de Leyde, une batterie de six bouteilles et un condensateur à feuilles de mica. On s'assurait de l'absence de charge en reliant les armatures avec les bornes d'un électromètre.

III. *Expériences avec l'électromètre capillaire de Lippmann* (modèle vertical). Voici la disposition adoptée : l'image de la pointe, amplifiée par un microscope à projection, est observée sur une lame de verre dépoli, munie d'une échelle. Une large lentille à long foyer, placée au-devant, facilite la lecture à distance. Toute la partie optique de l'appareil est contenue dans une caisse pyramidale dont l'objectif occupe le sommet et la lentille la base. Comme moyen d'éclairage, nous avons employé tantot la lampe à pétrole à trois mèches de Molteni, tantot une lampe à incandescence, dont le courant était fourni par une machine Gramme de laboratoire. Dans ce dernier cas, la lumière est plus blanche et a l'avantage de ne pas échauffer sensiblement les liquides de l'électromètre. La longueur de la colonne mercurielle, dans le tube effilé, a varié entre 3 et 80 centimètres. Il suffit d'un grossissement très faible, avec les colonnes courtes, qui donnent aussi une sensibilité moindre. La borne correspondante à l'électrode inférieure était reliée au sol par un fil attaché à une conduite d'eau et de gaz. Ce fil portait une bifurcation dont l'extrémité restait libre en vue de plusieurs usages, notamment celui de décharger l'appareil et de ramener le ménisque à zéro, par son contact avec l'autre borne. Un tabouret à pieds de verre est placé à proximité de l'appareil pour recevoir soit l'observateur, s'il veut opérer sur lui-même, soit une autre personne.

A. Les choses étant ainsi, nous nous sommes assuré qu'en approchant d'une personne, isolée ou non, l'extrémité du fil attaché à l'électrode supérieure on n'observe aucun signe d'influence. — *B.* Le résultat est aussi négatif lorsqu'on touche un point quelconque du corps isolé, avec le fil, directement ou par l'intermédiaire d'une électrode. — *C.*) On touche simultanément deux points de la surface du corps, avec le fil du tube supérieur, d'une part, et celui de la bifurcation mentionnée plus haut, d'autre part. Dans ce cas, il y a généralement un déplacement de la colonne mercurielle. Ce déplacement est maximum lorsque l'un des fils touche une partie sèche de la peau, telle que le dos de la main, et l'autre une partie humide, comme les lèvres ou la pointe de la langue. Mais on a le même résultat en plaçant le second fil sur un point mouillé de salive. Dans cette disposition, le potentiel de l'un des points comparés est ramené à zéro ; mais la différence qui pouvait exister entre eux n'est pas altérée. Cette différence ainsi indiquée par l'électromètre, ne dépasse jamais un volt, ce qui tend déjà à montrer qu'il s'agit de phénomènes de contact ; ce qui achève de le prouver, c'est que le sens du déplacement dépend de la nature du contact. Ainsi, en employant comme électrodes pour toucher la peau, des bouts de fil de platine, celui qui est mouillé est positif. Mais alors on renverse brusquement le sens du déplacement, soit en mettant un pied à terre, soit en modifiant le mode de communication de l'électromètre avec le sol; si, par exemple, au lieu d'enrouler le fil de cuivre autour du robinet d'eau, on l'y suspend au moyen d'un crochet de platine ; ou si on le met en contact avec l'eau qui s'écoule du robinet, sans lui laisser toucher le métal ; ou si, au lieu du robinet à eau qui est en bronze, on prend, pour attacher le fil de verre, un robinet de gaz dont le métal est différent, etc. Il y a meme des différences très curieuses, suivant la manière dont on détruit l'isolement en mettant un pied à terre. Le sol du laboratoire est formé par des dalles d'une pierre très conductrice ; or, le sens du déplacement du ménisque varie suivant que la personne qui est dans le circuit de l'électromètre, vient à toucher la terre par la partie antérieure de la chaussure ou par le talon ; suivant que le talon ne porte que par son arête ou par sa face plane ; suivant que l'on touche les dalles meme ou bien le ciment qui les joint, etc.

Ces expériences, qui ont été répétées à satiété, dans toutes les conditions possibles, avec des électrodes de toute nature, nous ont toujours montré des phénomènes de contact, nés de la disposition expérimentale et jamais rien de plus. Elles prouvent aussi, ce qui, d'ailleurs, n'avait pas besoin de démonstration, que l'électromètre ne donne que la somme des forces électromotrices qui se trouvent dans son circuit. Il faut donc analyser soi-

[illegible]usement la constitution de ce circuit, si l'on veut éviter les erreurs d'interprétation (1).

En résumé, et ce sera notre conclusion, toutes les expériences faites en vue de démontrer l'existence de phénomènes d'électricité statique à la surface du corps, en dehors des causes extérieures qui peuvent les produire accidentellement, ont eu un résultat négatif; le corps de l'homme ne diffère pas, sous ce rapport, des autres conducteurs qui se trouvent sur le sol.

Quelque temps après nous être occupé de cette question, nous avons rencontré, dans un opuscule justement oublié, du reste, et au milieu d'un amas de rêveries, un passage qui mérite d'être reproduit. A la page 17 d'une brochure intitulée : *De la nature et de la production du gaz électrifiable*, par B.-G. Sage, de l'Académie des sciences, etc., Paris, 1815, on lit :

« Un de mes amis, M. Le Baillif, auquel la physique doit des découvertes du plus grand intérêt, est parvenu à rendre sensible l'électricité animale qui efflue de nos corps, en posant un de ses doigts sur le chapeau du condensateur de Volta, le temps qu'il faut pour compter cinquante: alors il élève le chapeau, dont il approche son électromètre, aussitôt il voit ses pailles diverger; effet qui n'a lieu que lorsqu'il est en contact avec la terre, tandis que, s'il est sur l'isoloir, il ne se manifeste rien.

« .... L'homme isolé ne donnant aucun signe électrique sur le condensateur, j'estime, ainsi que M. Le Baillif, que l'homme doit être considéré *comme une pile qui ne fonctionne que par son contact avec la terre.* » (2).

PATHOLOGIE NERVEUSE

Neurasthénie et hystérie combinées;

Par le D[r] **Albert MATHIEU.**

Le malade, dont l'histoire est rapportée dans l'observation suivante, est venu réclamer nos soins pour des accidents d'ordre neurasthénique qui, par eux-mêmes, méritaient quelque attention. Un jour, en l'examinant de plus près, nous fûmes tout surpris de constater que des phénomènes systématisés existaient très nettement à côté des manifestations plus vagues de la neurasthénie et qu'on pouvait relever une véritable hémi-anesthésie générale et sensorielle. M. Charcot voulut bien examiner ce malade; il reconnut l'existence simultanée de manifestations hystériques et neurasthéniques. Il le présenta à sa policlinique où il fit ressortir l'intérêt de cette juxtaposition.

Obs. — Le nommé L..., âgé de [illegible] ans, est garde-frein dans une Compagnie de Chemins de fer. Il voyage constamment de Paris à la frontière, tantôt de jour, tantôt de nuit. L... a des *antécédents héréditaires* : son père était un bizarre, sujet à de violentes colères, d'un caractère difficile. Une [illegible] sœur de son père est également bizarre et très [illegible]. Une des sœurs du malade est très nerveuse et présente de fréquents accès de gastralgie. Il a 3 enfants bien portants.

Lui-même n'a jamais été malade jusqu'en mai 1885. A cette époque, il fut pris, à son départ de Paris, d'une érection persistante douloureuse, qui le força à s'arrêter en route et à entrer à l'hôpital dans une ville située environ à 200 kilomètres de Paris. Son priapisme avait pris une grande intensité et était devenu la cause d'une douleur extrêmement pénible. Pendant 21 jours, il résista à tous les moyens employés. On mit en œuvre, pour le réduire, tout ce que pouvait fournir l'arsenal thérapeutique en fait de calmants, d'anaphrodisiaques, d'hyposthénisants : le bromure de potassium, le camphre, les bains prolongés, les suppositoires, la saignée, les purgatifs répétés. Tout resta absolument sans action sur cette érection rebelle. On eût même, sans plus de succès, l'amusante idée d'appliquer sur la verge la bande élastique d'Esmarch. La guérison ne fût complète qu'au bout de 2 mois. Le malade sortit de cette crise très affaibli, très déprimé. A partir de ce moment, les érections disparurent complètement et il lui devint absolument impossible de remplir ses devoirs conjugaux, malgré ses tentatives répétées et les manœuvres les plus variées. Cette impuissance contribua à le jeter dans un état très accentué de mélancolie et de découragement. Jusque-là, il avait été considéré comme un bon agent et bien noté. Il devint irrégulier et négligent dans son service. Les punitions plurent sur lui. Il se montra de plus en plus sombre, de plus en plus désespéré. Cette crise de priapisme suivie d'impuissance chez un homme, du reste, vigoureux, en dehors de toute affection uréthro-vésicale, fit rechercher le diabète sucré et l'ataxie locomotrice. Des examens répétés ne montrèrent jamais de sucre dans l'urine. D'autre part, on ne découvrit rien non plus qui fût en faveur de l'ataxie locomotrice. Les réflexes rotuliens sont conservés; le signe de Romberg fait défaut; les pupilles sont égales; elles réagissent bien sous l'influence de la lumière; il n'y a ni strabisme ni diplopie. Il y a souvent de la céphalalgie, de la lourdeur de tête; des douleurs vagues disséminées. Le bromure de potassium, mais surtout les douches froides amenèrent un certain degré d'amélioration.

Cependant, vers la fin de 1887 (octobre), plus de deux ans après le début des accidents, les phénomènes allèrent en s'accentuant. La céphalalgie devint plus tenace. L'impuissance persistait. Le découragement et la mélancolie étaient de plus en plus marqués. Seul dans son fourgon, le malade avait des idées de suicide. Il lui prenait envie de se jeter sous les roues de son train. Souvent il lui semblait avoir la tête vide; il était dans l'impossibilité de fixer son attention, de rassembler ses idées. Son service était de plus en plus relâché, les punitions de plus en plus fréquentes. Il dut être mis au repos. Les phénomènes nerveux étaient, à ce moment, au maximum.

Novembre 1887. — L..., qui est un homme vigoureux trapu, fortement musclé, au teint coloré, à l'air très déprimé et très triste. Les crises de larmes ne sont pas rares. Il accuse une sensation d'affaissement général et un profond découragement.

La *céphalée* est presque permanente, assez variable dans son siège et son intensité. Souvent elle occupe la région occipitale; d'autres fois, il semble à L..., qu'il a la tête serrée par un casque trop étroit; tantôt cette sensation existe surtout à la région frontale, tantôt à la région temporale. L... ressent des douleurs très variables dans la poitrine et dans les membres. Assez souvent elles prédominent du côté gauche. Le matin, il a les jambes faibles. La marche est parfois peu assurée, comme flottante. Les yeux fermés, l'incertitude augmente. Cependant L... est alors capable de tourner sur lui-même sans tomber. De temps en temps, il survient des poussées congestives à la face, des [illegible] avec sensation d'entraînement de translation vers la gauche. Après les repas, il y a de la pesanteur de l'estomac, quelquefois un peu de ballonnement du creux épigastrique, de la lourdeur, de la somnolence. L'estomac est distendu par des gaz; pas de clapotement. La constipation est habituelle. La miction se fait facilement; cependant la mise en train est quelquefois un peu longue, et il arrive au malade, assez souvent, d'uriner dans son pantalon, alors qu'il croyait tout fini. Le sommeil est mauvais, souvent interrompu par des cauchemars, des hallucinations visuelles.

Au commencement de décembre, nous l'examinons de plus près et nous relevons, à notre grande surprise, tout un ensemble de phénomènes hystériques. La *sensibilité* est diminuée dans ses divers modes, dans toute la moitié gauche du corps. Les piqûres d'épingle sont à peine perçues. L'acuité visuelle est très affaiblie du même côté; le champ visuel rétréci, ainsi qu'on peut en juger par la figure suivante que nous devons à

(1) [illegible]

(2) [illegible]

l'obligeance de M. Charcot. L'examen de l'œil et le tracé du champ visuel ont été faits par M. Parinaud (*fig.* 4).

Il n'y a pas d'achromatopsie.

Le sens musculaire est atténué du même côté. Le goût est aboli ; l'ouïe et l'odorat sont conservés. La sensibilité et les réflexes du pharynx sont abolis. On constate sur le corps un certain nombre de points hyperesthésiés et même de véritables zones hystérogènes. Le testicule gauche, présente une sensibilité exagérée. De plus on trouve également une sensibilité exagérée au niveau des apophyses épineuses des trois ou quatre dernières vertèbres dorsales. En pressant avec le bout des doigts sous le mamelon gauche, on provoque une sensation de malaise général : il semble au malade, qu'il va se trouver mal. Il y a donc là une véritable zone hystérogène. L..., n'a jamais eu d'attaque hystérique bien déterminée, mais des crises de larmes, avec sensation de constriction à la gorge et de battements aux tempes. Il a éprouvé assez souvent la sensation de la boule œsophagienne.

M. le professeur Charcot soumet le malade à des séances répétées d'électrisation statique (3 par semaine). Il lui ordonne de la teinture de mars tartarisée et de la teinture de noix vomique. De plus, il rassure le malade sur son état, et affirme sa guérison.

L'amélioration ne tarde pas à se produire. Au bout de quelques semaines, les érections réapparaissent, et L... peut avoir avec sa femme des rapports complets. Il n'éprouve plus le même découragement, la même faiblesse générale. La céphalalgie est devenue beaucoup plus rare. La sensibilité est presque égale des deux côtés ; un peu atténuée encore à gauche cependant. L'acuité visuelle de l'œil gauche est presque égale à celle de l'œil droit. Le pharynx est toujours à peu près insensible, sans réflexe. Il persiste un peu de sensibilité à la pression, au niveau des apophyses des dernières vertèbres dorsales. L... déclare qu'il se sent beaucoup mieux ; il se sent à même de reprendre son service.

risés. C'est une sensation de courbature, de malaise général, une céphalalgie fréquente qui donne souvent au malade l'impression d'un casque trop serré, d'un cercle qui étreindrait la tête : d'autres fois une sensation pénible de vide dans la tête, avec impossibilité de fixer son attention, de recueillir ses idées ; d'autres fois encore une sensation vertigineuse de propulsion latérale. Assez souvent, après les repas, de la lourdeur au creux épigastrique, une sensation d'engourdissement, de la congestion de la face, des éructations, du tympanisme abdominal. L'estomac est souvent distendu par des gaz ; la constipation est habituelle. Ce sont là des manifestations de dyspepsie nervo-motrice qu'il est fréquent de rencontrer chez les neurasthéniques, ainsi que le fait remarquer si souvent M. Charcot.

L'impuissance génitale absolue et le tourment moral qui en est la cause appartiennent également à la série neurasthénique. M. Charcot en montre de temps en temps des exemples à la policlinique de la Salpêtrière. Ici, et cela n'est pas très rare, l'impuissance a succédé au priapisme ; priapisme particulièrement tenace et douloureux qui a tenu en échec, pendant près de deux mois, les médecins d'un hôpital de province. Tout a été essayé contre lui, jusqu'à la bande élastique d'Esmarch. En l'absence de toute lésion génito-urinaire, du diabète sucré et de l'ataxie locomotrice, il ne restait guère, dans ces conditions, qu'à invoquer la neurasthénie. A l'excitation exagérée des centres spinaux a succédé leur atonie : c'est l'éternelle oscillation à laquelle sont soumis les neurasthéniques. L'impuissance, par défaut d'érection, a succédé au priapisme.

Ces phénomènes d'ordre génital ont plongé le ma-

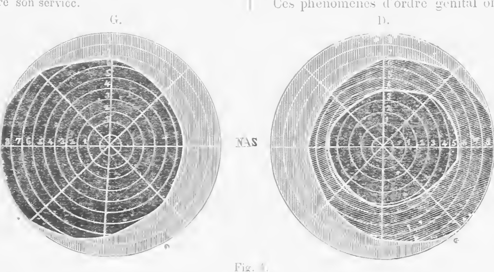


Fig. 4.

Ainsi donc, un homme de 37 ans, à l'air vigoureux, sans antécédent personnel, est atteint d'un priapisme douloureux et rebelle en mai 1885 ; le priapisme dure deux mois. A partir de ce moment les érections deviennent impossibles, l'impuissance absolue. Le caractère du malade s'assombrit : il devient mélancolique. Il a des idées de suicide. Souvent il éprouve des douleurs vagues, de la céphalalgie, un besoin sans cause de pleurer. Employé de chemin de fer, faisant partie du personnel des trains, il devient négligent dans son service et il est bientôt absolument nécessaire de le mettre au repos. Alors, en l'examinant de plus près, on constate l'existence d'une hémianesthésie générale et sensorielle, et des foyers d'hyperesthésie qui amènent à reconnaître l'hystérie chez ce neurasthénique avéré.

Les phénomènes de *neurasthénie* sont bien caracté-

lade dans un trouble intellectuel très grand, ainsi qu'il arrive si souvent. Il est devenu triste, apathique, négligent. Les punitions sont survenues, puis le désespoir et même les idées de suicide. Cet homme était atteint d'un véritable vertige mental, pour employer l'expression si juste de Lasègue.

Cet ensemble est caractéristique ; on reconnait la neurasthénie. Le début brusque des accidents par une crise de priaprisme aussi prolongée, mérite d'être relevé. Si le priapisme nocturne, intermittent, douloureux, n'est pas très rare chez les névropathes de cet ordre, le priapisme prolongé est chose plus curieuse. Ce priapisme, peut être en partie par la thérapeutique aggressive à laquelle il a donné lieu (purgations répétées, saignées, bromure à haute dose), a marqué le point de départ d'accidents plus accentués de dépression ner-

veuse, dont l'impuissance a été, comme il était juste, une des notes prédominantes.

L'*hystérie* était caractérisée par l'hémianesthésie générale et sensorielle, par le rétrécissement concentrique du champ visuel du même côté, par l'absence des réflexes du pharynx, par l'existence de zones hystérogènes manifestes.

Une semblable observation, ainsi que l'a fait remarquer M. Charcot, est importante parce qu'elle permet de reconnaître nettement à leurs traits particuliers les deux états névropathiques superposés : la neurasthénie et l'hystérie. On peut faire le départ de ce qui revient à l'une et à l'autre. Il y a là des espèces morbides bien différenciées par leur ensemble séméiologique, bien que tout substratum anatomique fasse défaut (1).

« Voilà un malade qui est à la fois neurasthénique et hystérique, et je tiens beaucoup à vous mettre en présence de ce cas, car vous entendrez certains auteurs dire que les neurasthéniques ont un rétrécissement du champ visuel et de l'anesthésie. Eh bien ! je n'en crois rien, et quand des malades présentent ce rétrécissement du champ visuel, c'est qu'ils sont tout à la fois hystériques et neurasthéniques ; mais les deux maladies sont en général dans une complète indépendance l'une de l'autre, bien qu'elles soient combinées. »

Ces paroles de M. Charcot indiquent qu'il voit dans un fait de ce genre, d'une si grande netteté, un argument important pour distinguer spécifiquement les deux névroses et rejeter l'existence des formes hybrides qui empruntent indifféremment certains traits à l'une ou à l'autre maladie. Superposées, surajoutées chez le même individu, les deux névroses existent chacune pour leur compte.

C'est là un fait capital au point de vue de la nosologie. Rien ne prouve qu'un neurasthénique puisse être soumis aux accidents de la série hystérique, à l'hystérie traumatique par exemple. Chacune des maladies a son individualité propre avec ses accidents spéciaux ; elles évoluent côte à côte sans se fondre.

Une dernière remarque. Les neurasthéniques ne sont pas rares parmi les employés de chemin de fer ; mais on les rencontre tout aussi bien parmi les employés de bureau que chez les agents du service actif. Ceux-ci fournissent un nombre assez grand d'accidents névropathiques. Chez les agents des trains nous avons vu un nombre d'ataxiques et de diabétiques qui nous a paru relativement élevé dans la Compagnie où nous observons. Est-ce là une simple coïncidence ? Il est assez légitime de penser cependant que les voyages perpétuels, la trémulation des wagons, les nuits passées, la responsabilité encourue constituent des circonstances importantes au point de vue de la détermination étiologique. Il faut sans doute admettre concurremment, et même en première ligne, une prédisposition constitutionnelle dont l'existence est fixée, mieux que par toute autre considération, par les antécédents héréditaires et collatéraux. Ces antécédents ne faisaient pas défaut ici, puisque le père du malade et sa tante, du côté paternel, étaient bizarres, sujets à des colères violentes et peu justifiées ; d'autre part, une de ses sœurs est très nerveuse et sujette à de fréquents accès de gastralgie. C'en est assez pour déclarer qu'il est de souche névropathique.

(1) *Leçons du Mardi à la Salpetrière* (Policlinique), 1887-1888. VIe Leçon, p. 62. Publications du *Progrès médical*.

OBSTÉTRIQUE

Seconde grossesse à terme. — Enfant mâle. — Hydrocéphalie et spina bifida ;

Par MM. les Drs MABARET DU BASTY et VALLIÈRE, de St-Léonard (Haute-Vienne).

Mme X..., née en décembre 1868, grande, maigre, très nerveuse, tempérament lymphatique, bonne santé habituelle, bien réglée depuis l'âge de quatorze ans et six mois, sans profession. Se marie le 2 février 1886, avec un facteur rural, âgé de 27 ans, de constitution forte et robuste, auquel elle n'était pas parente.

Première grossesse normale. Accouchement naturel et rapide (cinq heures de travail), le 31 janvier 1887. Enfant mâle, encore vivant, fort et parfaitement constitué. Seconde grossesse normale. Cependant dans les derniers mois, il semble à la jeune femme que la marche est plus pénible, qu'elle est plus grosse et que le ventre proémine plus que la première fois.

Le 4 février 1888, elle est prise de vives douleurs lombaires, Le 5 mêmes souffrances. Le 6 à la première heure, le docteur Mabaret du Basty, est appelé. Il constate que la grossesse est à terme, que l'enfant est vivant, qu'en dehors des douleurs l'état général est bon, que le travail n'est pas commencé. Prescription : un bain tiède de 45 minutes.

Pendant le bain, cessation absolue des douleurs ; journée très calme. Le soir à six heures trente, rupture spontanée de la poche des eaux, immédiatement suivie des douleurs expulsives. A neuf heures, cessation du travail. La sage femme qui assiste la malade fait rappeler le Dr Mabaret de Basty, qui se rend aussitôt. Présentation complète du pelvis qui a déjà franchi le détroit supérieur. L'enfant est encore vivant. Aucune difficulté pour défléchir les jambes et attirer au dehors la moitié inférieure du tronc. En revanche, il faut remonter assez haut dans le vagin pour dégager les bras et le haut du corps. La tête est dans l'excavation, la face de l'enfant sur le sacrum de la mère. Malgré quelques tractions douces, elle ne cède pas. Un point d'appui est pris dans la bouche de l'enfant ; nouvelles tractions plus énergiques, encore infructueuses. Glissant alors la main plus profondément on constate une hydrocéphalie énorme. (Chevauchement et fluctuation).

Le Dr Vallière, alors appelé, confirme le diagnostic et aussitôt on décide de perforer le crâne pour donner issue au liquide. Pour cela on fait glisser, non sans difficultés, sur la main et l'avant-bras, introduits aussi profondément que possible, le crochet aigu de la branche mâle du forceps, seul instrument à portée.

Une première ponction donne issue à une certaine quantité de liquide ; tentatives d'extraction. Deuxième ponction suivie de manœuvres avec la main pour comprimer le crâne et faire évacuer l'eau qui alors s'écoule abondamment. A onze heures, extraction de la tête, après des tentatives nombreuses et énergiques.

Enfant mâle, normalement constitué au tronc et aux membres. Spina bifida au niveau des vertèbres lombaires. Sacrum et bassin normaux. Correspondant au spina bifida, on trouve une bosse sanguine de cinq centimètres de diamètre dans le milieu de laquelle on trouve une partie en saillie, dénudée, large comme une pièce d'un franc.

Hydrocéphalie complète. Os du crâne bien développés. La tête a le volume de celle d'un adulte. La face est bien conformée. Phimosis complet, perforation filiforme du prépuce. Pas d'autres déformations. L'autopsie n'a pu être faite.

Bien que le crochet du forceps ait été introduit aussi haut que possible, les deux perforations, produites par les ponctions, se trouvent à un centimètre l'une de l'autre du niveau du temporal droit.

28 février. — La mère est guérie. Il n'y a eu aucune complication.

HOPITAUX DE PARIS. *Pavillons d'isolement* — Le Conseil municipal de Paris a voté, dans sa séance de vendredi dernier, 20 juillet 1888, la construction de pavillons isolés à l'hôpital des Enfants-Malades et à l'hôpital Trousseau, pour les enfants atteints ou même simplement suspects d'affections contagieuses.

*

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Congrès pour l'étude de la tuberculose chez l'homme et les animaux.

1re SESSION A PARIS, 25 JUILLET 1888.

L'ouverture de ces premières assises scientifiques, nouvelles et par leur session première et par l'idée qui a présidé à leur fondation, constitue, à notre sens, un événement mémorable. Ce n'est pas seulement, comme l'ont dit MM. Chauveau et Verneuil, l'association de savants travaillant à un but commun par des voies différentes mais connexes, qui en représente l'originalité: c'est encore et surtout l'unité du sujet auquel est consacrée la fédération qui nous occupe.

Si par unité du sujet, nous entendons, nous plaçant au point de vue anatomique, parler de la seule maladie virulente, de la TUBERCULOSE. On n'avait encore, en effet, assisté à aucun Congrès, consacré à l'étude d'une même affection. La raison en est simple. Si le mot n'exprime qu'une seule espèce morbide, la classe s'étend à une telle pléiade d'individus qu'elle forme un terrible fléau humain, contre lequel de nombreuses cohortes de savants et de praticiens ne sauraient assez réunir leurs efforts agglomérés. Et la légitimité de ce combat puise des arguments dans les découvertes qui en ont, pour ainsi parler, déterminé la nature. Que si, suivant et creusant ce premier sillon, nous nous trouvons un jour en possession de moyens prophylactiques hygiéniques et thérapeutiques, aptes à maîtriser, peut-être à terrasser la phtisie pulmonaire, le Congrès aura d'autres devoirs à remplir; ce sera, complétant son œuvre et modifiant un peu son titre, de poursuivre la tâche de la connaissance des maladies virulentes.

Telle nous paraît être, conformément aux idées de nos maîtres, la philosophie sociale de l'idée du Congrès actuel.

Mais, en même temps, il a évoqué en nous l'image de la patrie. Nous avons vu s'incarner en lui, resplendir d'un éclat grandiose, cette science expérimentale sortie de nos laboratoires, qui, après avoir créé tant de groupes de connaissances fertiles et vivaces, après avoir formé tant de savants aujourd'hui répandus dans l'univers, avait paru un instant s'obscurcir ou tomber en langueur. Nous l'avons vue, récupérant sa vigueur primordiale, rayonner en mille applications pratiques, utiles, indispensables à l'humanité. — On s'est cru, pendant une période, hélas! trop longue, en certaines régions de l'étranger, autorisé à médire de notre cerveau, et, s'appropriant le suc de nos enseignements, tout imparfaits qu'ils fussent, on a, dans le triomphe d'une organisation meilleure et de découvertes indéniables, commis le péché d'ingratitude doublé d'une haine soldatesque inconcevable. Des hommes, dont le mérite est incontestable, ont cru, sacrifiant aux idées de leur milieu, devoir coiffer le casque et paraître armés en guerre jusqu'au sein de la science, chantant notre décadence et prédisant la conquête de la France jusque dans le sanctuaire sacré de ce trésor commun de l'humanité, jusqu'aux sources des connaissances intellectuelles. Au lieu, ainsi que jadis, de maudire les fatalités momentanément inévitables des haines internationales, ou tout au moins d'y opposer le touchant contraste des bonnes relations scientifiques et de conserver, par ce fait, le pur esprit de la philanthropie idéale, ils ont introduit dans leurs leçons et dans leurs journaux spéciaux les germes d'un combat malfaisant. A cette attitude, nous avons répondu par le travail et l'étude et nous voici en pleine régénération!

Mais passons à l'examen de cette journée. Le *Comité d'organisation du Congrès* a consacré la matinée à la nomination du Bureau chargé de la conduite des séances de cette première session. Sous la direction de M. Villemin, président par suite de l'absence de M. Chauveau, il a nommé:

Président: M. Chauveau.

Vices-présidents: MM. Villemin et Verneuil.

Secrétaires: MM. Cagny, Gallois, Petit, Thoinot.

Le premier devoir, tout confraternel de ce Bureau, a été d'appeler à la présidence d'honneur, pour la France, la Hongrie, la Roumanie, l'Italie, la Grèce, le Danemarck, la Norwège, l'Espagne, les États-Unis, la Hollande, le Luxembourg, le Brésil, la Belgique, l'Angleterre, vingt-neuf des savants ayant l'autorité parmi des médecins ou des vétérinaires. Citons notamment MM. Charcot, Pasteur, Hérard, Cornil, Babès, de Saboia, Page, etc., etc.

M. CHAUVEAU, dans son discours d'ouverture, a fait ressortir l'amplitude énorme d'une pareille question, contenue en un si petit titre, qui concerne un fléau monstre, frappant à un âge jeune, parmi toutes les classes sociales et dans tous les pays du monde. Aujourd'hui que des preuves palpables nous montrent en lui une maladie contagieuse due à l'éclosion et à la pullulation de germes virulents, nous espérons pouvoir la guérir et nous marchons à la conquête de cette thérapeutique. Dans un historique précis, l'orateur passe en revue les opinions de Morgagni qui déjà la croyait virulente, les réserves timides d'Andral qui en affirmait la virulence au moins entre conjoints, le scepticisme prolongé d'années successives pendant lesquelles l'idée de la contamination s'est trouvée remplacée par la théorie de la misère physiologique. Et, pour nous servir des expressions mêmes de l'éminent professeur, au moment où « sur tout notre vieux monde », à la place « de la foi dans la propriété infectieuse de la tuberculose, l'opinion contraire s'étalait tranquillement comme une mer sans rides, dont le calme semblait ne devoir être jamais troublé, voici que tout à coup un vent souffle en ouragan sur cette belle eau dormante, et la voilà profondément agitée. Cette tempête est soulevée par une voix qui s'élève pour lancer cette déclaration certainement inattendue: « Oui, la tuberculose est contagieuse; elle a son virus à elle, et ce virus s'inocule tout aussi sûrement que celui de n'importe quelle maladie bien démontrée virulente. A la place des faits vagues dont on arguait autrefois, je vous apporte des expériences nettes et précises. Voyez et jugez! »

« Honneur donc à Villemin, qui a été le promoteur infatigable de cette victorieuse campagne. Oui, honneur et gloire à lui, car le mérite des initiateurs ne saurait être trop proclamé. » État corpusculaire des virus au

sein des humeurs (Chauveau) — nature animée des corpuscules vivants — apparence tuberculeuse des inoculations de Toussaint ; enfin, bacilles de R. Koch ; telles sont les dernières étapes du problème dont le complément réside dans l'identité de la tuberculose animale avec celle de l'homme. « Quelle redoutable solidarité entre l'homme et la bête ! » s'écrie M. Chauveau : aliments, vêtements, objets de luxe, êtres vivants de tous genres, représentent, par leur promiscuité avec l'homme, la source d'une infinité de maux. De là la prophylaxie qui repose sur l'étude des races et des espèces animales, des voies d'introduction et de propagation des virus au point de vue spécial de la tuberculose. Et quand les savants qui cultivent une science d'un déterminisme plus aisé nous accablent de leur dédain, ils ne savent pas, que, s'ils nous inondent « de cascade en cascade » d'une série de douches réfrigérantes, excellent remède contre l'orgueil », ils nous préparent une apothéose que tout nous fait prévoir, « depuis que les travaux de M. Pasteur sur les ferments ont permis d'introduire définitivement en pathogénie le rôle des infiniments petits. »

M. Verneuil prend ensuite la parole. La composition de ce Congrès, par l'union de médecins et de vétérinaires, n'est pas d'après lui un événement; ces deux professions se donnent mutuellement la main par la nosographie et l'expérimentation. Ce qui est nouveau, c'est l'alliance de nombreuses cohortes de ces deux sortes de médecins. Aujourd'hui, elles se proposent d'épuiser fructueusement le sujet de la tuberculose. Demain, elles s'en iront à la conquête d'autres mondes géographiquement unis. Qui sait même si, dans un avenir prochain, nous n'appellerons pas des botanistes à notre aide ? ne s'occupent-ils pas des espèces végétales infectieuses? Pour l'instant nous devons nous attacher à cette particularité. De même que, dès qu'il s'est agi du Congrès de Chirurgie, c'est un praticien de province, connu et estimé par ses travaux, qui en a donné l'idée, de même c'est un vétérinaire, c'est M. Butel, qui a été le promoteur de la création du Congrès présent. Et ce qu'il convient de proclamer ici, à la suite des efforts accumulés des hommes, de l'association des moyens, c'est l'Unité de la science médicale, l'Égalité des confrères, et la Fraternité entre tous les représentants du corps qui en pratique les diverses branches.

La note technique échoit enfin à MM. Cornil et Nocard. Ils ont traité l'un de la contagion de la tuberculose par les muqueuses, l'autre, des dangers auxquels exposent la viande et le lait des animaux tuberculeux et des moyens de prévenir ces dangers. On en trouvera l'analyse plus loin.

La clôture a été réservée à un compte rendu, pour ainsi dire administratif, du dévoué secrétaire général, M. L.-H. Petit. Qui ne sait qu'une pareille tâche pour une première fondation exige des efforts persévérants, une activité peu commune, une compétence remarquable ! Et d'ailleurs, ce compte-rendu de bon aloi, écrit dans un style élevé, corrobore l'impression que nous n'avons pu nous empêcher de ressentir au début. Ainsi se trouve démontré le renouveau de notre France qui, à une époque où l'on ne parle que de canons, de fusils et d'obus, affirme sa vitalité par sa production scientifique et persiste à la marquer au sceau d'un libéralisme de bon aloi, malgré la menace de la mitraille destructive. P. Kéraval.

Laïcisation de l'Hôpital Saint-Louis.

Dans sa séance du 26 juillet, le Conseil de surveillance de l'Assistance publique a émis un avis favorable à la laïcisation de l'Hôpital Saint-Louis. Il a été reconnu qu'il n'était pas besoin d'un décret pour le remplacement des Augustines, tant à l'Hôpital Saint-Louis qu'à l'Hôtel-Dieu. Cette solution nous paraît logique, car le décret de 1810 qui réinstallait les Augustines à l'Hôtel-Dieu, à Saint-Louis et à la Pitié, ne différait pas des décrets de la même date concernant d'autres congrégations hospitalières, qui ont été remplacées par des laïques, par la simple dénonciation de leurs traités par l'Assistance publique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE.

PREMIÈRE SESSION 1888.

Première séance du 25 juillet 1888 (matin). — Présidence de M. Villemin.

C'est une séance d'affaires, consacrée plus particulièrement à l'élection du Bureau pour la direction du Congrès de l'année. Sont élus :

Président : M. Chauveau.
Vice-présidents : MM. Villemin et Verneuil
Secrétaires : MM. Cany, Gallois, Piot, Thounet.

Séance du 25 juillet (soir). — Présidence de M. Chauveau.

Nous n'avons pas à nous étendre sur les discours de M. Chauveau, de M. Verneuil, non plus que sur le compte rendu administratif de M. le secrétaire général L.-H. Petit. Ce que nous en avons dit dans le Bulletin nous paraît satisfaire aux exigences du lecteur ; ce qu'il convient de consigner ici, c'est que, comme entrée en matière aux travaux du Congrès, MM. Nocard et Cornil ont, en cette séance publique d'inauguration, fait deux véritables communications magistrales. Nous allons les résumer.

M. Cornil. — *De la contagion de la tuberculose par les muqueuses.* Les expériences de Chauveau, Villemin, [illegible], Saint-Cyr, Zurim Gerlach, etc., ont déjà montré que le simple contact de produits tuberculeux sur une muqueuse intacte suffit notamment dans l'intestin pour produire la tuberculose. Qu'on nourrisse, par exemple, un animal avec du tubercule, des bacilles ou du lait tuberculeux, on verra se manifester chez lui, d'abord de la tuberculose intestinale, puis une tuberculose généralisée. Les pulvérisations de produits tuberculeux dans les muqueuses trachéobronchiques (Tappeiner, [illegible]), [illegible] déterminent l'explosion de la maladie. Voici de nouvelles expériences faites sous la direction du savant professeur par M. [illegible], qui démontrent comment s'effectue le passage des bacilles.

Si, à des cobayes, l'on injecte quelques gouttes de cultures bacillaires par la voie buccale, on constate que, sans qu'il y ait eu diarrhée, l'épithélium superficiel du conduit stomaco-intestinal étant resté intact dès le 15e jour, les follicules [illegible] sont tuméfiés et [illegible] l'épithélium, [illegible] cellules [illegible] de petits follicules tuberculeux en herbe. Dès le [illegible] jour, des ganglions lymphatiques du mésentère sont pris, et au [illegible] jour, leur envahissement n'est pas douteux. Il en est bientôt de même pour le [illegible] les villosités et les cellules épithéliales elles-mêmes.

La possibilité de la transmission de la tuberculose par les [illegible] semble [illegible] par les expériences suivantes. [illegible] dans le vagin des cobayes [illegible] de cultures bacillaires, [illegible] un catarrhe [illegible], [illegible] des cellules lymphatiques libres dans la cavité cervicale [illegible] cellules

glandulaires ; à partir du 15e jour, au-dessus du revêtement épithélial, on voit des granulations tuberculeuses qui, finalement, envahissent le tissu musculaire de l'organe, et le tissu conjonctif interutérovésical, mais, de même que dans la tuberculose utérine de la femme, l'épithélium reste sain. Il convient d'ajouter que les cellules cylindriques du col sont très facilement accessibles, qu'elles sont très vulnérables en tant que perméabilité, les moins résistants de tous les éléments cellulaires, et que s'il est possible à un bacille d'écarter les couches stratifiées des cellules pavimenteuses, il lui est encore plus facile de s'avancer à travers des cellules cylindriques.

M. Nocard. — *Des dangers auxquels exposent la viande et le lait des animaux tuberculeux. Moyens de les prévenir.* A cette question, qui date des travaux de Gehrlach, Bollinger, Klebs, Toussaint, le professeur-directeur de l'Ecole d'Alfort répond de la façon que voici :

En ce qui concerne le *lait*, il n'est, selon lui, contagieux que dans le cas seulement où la tuberculose a envahi la mamelle de la vache, mais les difficultés techniques de ce diagnostic, tant au point de vue clinique (du moins au début de l'affection), qu'au point de vue microscopique, nous imposent l'obligation d'abattre les vaches tuberculeuses sans que nous ayons à nous inquiéter de leurs mamelles, et de faire toujours bouillir le lait, surtout des grandes villes, où la surveillance est difficile. Nous avons au surplus dans le lait de la chèvre qui n'est jamais phthisique un excellent succédané.

Arrivons à *la viande*. H. Bouley avait adopté l'idée d'abattre toute bête tuberculeuse, parce que, disait-il, la tuberculose est une maladie *totius substantiæ*. Ce précepte est excessif. Depuis 1883, on a vu expérimentalement que, dans l'immense majorité des cas, la virulence reste confinée aux lésions tuberculeuses et qu'il est rare d'assister à la tuberculisation du sang et du suc musculaire ; de là, la décision due à M. Arloing ; l'interdiction récente, n'aura lieu que si les ganglions afférents aux organes sont envahis (police sanitaire de l'Algérie). M. Nocard a fait de récentes expériences desquelles il résulte que l'inoculation du suc musculaire emprunté à 21 vaches tuberculeuses (tuberculose généralisée) n'a pas déterminé d'infection chez 40 cobayes, malgré l'injection péritonéale de doses énormes (1 centim. cube) ; une seule vache a tué un seul de ces animaux, les autres n'ont rien éprouvé (intégrité clinique, anatomopathologique et microscopique). Cependant le danger augmente quand un foyer tuberculeux verse ses produits dans un vaisseau qu'il a ouvert ; et encore l'infection du sang et du muscle s'arrête-t-elle, les bacilles étant pour ainsi dire digérés, détruits, disparaissent en quatre à six jours (expériences de l'orateur). Sans doute le foyer tuberculeux verse moins de bacilles à la fois que dans les expériences, et il en verse d'une façon plus continue : mais puisque les bacilles sont détruits, il n'y a pas grande menace. M. Nocard a nourri dix chats (on sait que cet animal est extrêmement susceptible à la tuberculose de l'appareil digestif) avec de la viande crue hachée provenant de vaches tuberculeuses, un seul est devenu tuberculeux. Il en conclut que la *viande provenant des animaux tuberculeux n'est que très exceptionnellement dangereuse et encore n'est-ce qu'à un faible degré.* Ce n'est pas par elle que se répand la tuberculose à l'homme.

Séance du 26 juillet 1888 (matin).

I. Question à l'ordre du jour proposée par le Congrès : *Des dangers auxquels expose l'usage de la viande et du lait des animaux tuberculeux. Moyens de les prévenir.*

M. Arloing. — Il faut *inscrire la tuberculose parmi les maladies contagieuses*, afin de soustraire les animaux au caprice des municipalités, à la tolérance des fonctionnaires, des vétérinaires, et de [illegible] par une [illegible] les devoirs de chacun. Quant à l'animal malade, c'est au comité des épizooties qu'il incombe ; ici, il pourra se montrer tolérant à l'égard des animaux qui ne sont pas suspects au premier chef, mais en les suivant attentivement, avant de les livrer à la boucherie. Il en sera autrement lorsqu'il s'agit de la production du lait ; on [illegible] par prudence la vente du lait des animaux [illegible].

L'animal est-il tuberculeux *franchement*, on en *prohibera* la viande jusqu'à ce qu'on ait trouvé un moyen de rendre cette viande complètement et certainement inoffensive. Pourquoi, en effet, le lait serait-il beaucoup plus dangereux que la viande ? Résumons les expériences faites à ce sujet, y compris celles de M. Nocard et celles toute récentes de M. Galtier ; nous obtenons 34 séries dans lesquelles on a pu communiquer la tuberculose sept fois, c'est-à-dire dans un cinquième de cas. Ce qui signifie que sur 20 bêtes tuberculeuses quatre communiquent la tuberculose par l'inoculation de leur chair.

Par un calcul simple, M. Arloing démontre qu'un seul bœuf tuberculeux peut exposer à la contagion 1,400 personnes. Sans doute, de même que dans tous les parenchymes, dans le sang et les muscles, les bacilles se détruisent rapidement, mais est-ce rassurant ? Nullement. En effet, au moment où vous tuez l'animal, le foyer peut avoir lancé une nouvelle chasse de bacilles dans ce muscle désormais inerte et par suite infesté sans remède. La belle apparence de l'animal ne signifie rien ; les animaux gras sont précisément les plus insidieux, puisqu'on les consomme peu cuits. Et vous avez beau chauffer pendant une demi-heure à 70° une petite quantité de suc tuberculeux, vous ne détruisez pas les bacilles ; à plus forte raison, le centre d'un morceau de viande n'est-il pas débarrassé des agents d'infection. Si les prohibitions excessives de Bordeaux n'ont pas fait reculer la fréquence de la phthisie, à Lyon, la mortalité par cette maladie n'a pas augmenté. Soyons donc très sévères. Un seul moyen paraît efficace, c'est de pousser à la salaison, qui force le consommateur à faire cuire très activement cette viande. M. Arloing propose de nommer une Commission permanente chargée de faire créer un service sanitaire complet.

M. Bang (de Copenhague). — Le lait des animaux tuberculeux expose à un danger beaucoup plus grand quand la mamelle est malade que lorsqu'elle n'est pas atteinte. Et, chose particulière, la tuméfaction diffuse d'un quartier de cet organe ne l'empêche pas de secréter un lait dont l'aspect est naturel. C'est lorsque cette tuméfaction s'indure que le lait devient séro-jaunâtre et présente des flocons fibrineux. La marche lente de cette affection constitue un élément diagnostique d'une mammite ordinaire ; à ce moment le microscope révèle dans le lait les bacilles de Koch. Cependant, sur 21 vaches atteintes de tuberculose généralisée, le lait inoculé dans le péritoine ne fut que deux fois toxique. Chez huit vaches du même genre, le lait ne fut pas le moins du monde contaminant. En résumé, si le lait des animaux tuberculeux est suspect, il n'est pas toujours virulent ; il ne l'est toujours que dans le cas de mammite tuberculeuse. Il se dégage de ce fait que les vétérinaires doivent exercer une constante surveillance sur les vaches laitières, qu'il faut pour détruire le virus dans le lait chauffer ce liquide au moins à 85° et qu'à 75°, on en affaiblit à un tel point les propriétés virulentes, qu'il ne peut plus s'inoculer par l'ingestion gastrique.

M. Baillet (de Bordeaux). — Voici les principes qui pour le préposé à la surveillance des abattoirs doivent diriger les vétérinaires dans la saisie, et voici les conditions de la saisie. Le rôle de la viande comme agent de transmission de la tuberculose est secondaire ; il n'a pas l'importance qu'on lui attribue. Il y a d'ailleurs une contradiction manifeste entre l'opinion de M. Arloing en 1888 et celle du même savant en 1885. Quant à l'orateur, il n'a pas réussi à produire la tuberculose chez des animaux nourris de la chair d'autres animaux phthisiques au plus haut degré. A Bordeaux, sur 21 à 22,000 bêtes abattues, il n'y a eu somme que 40 bêtes tuberculeuses, et sur la population de 250,000 âmes de la ville la moyenne annuelle des morts par phthisie n'est que de 900 à 1000, ce qui donne une proportion de 0,40 pour 100.

M. Butel (de Meaux). — Ici nous n'avons pas à défendre des intérêts commerciaux. C'est de l'hygiène publique que nous avons à nous occuper. Donnez des indemnités en échange des saisies, mais saisissez. Supposons que vous forciez les vendeurs à étiqueter leurs viandes, même saines, à moins qu'elles proviennent d'animaux phthisiques, et offrez-les dans ces conditions aux consommateurs. Croyez-vous que celui-ci les achètera volontiers ? De ce que l'inoculation d'une viande de cette origine ne réussit pas, cela n'implique pas que le morceau expérimenté n'aurait pas donné la tuberculose par d'autres endroits infestés peut être de bacilles. Ne temporisez donc pas. Soyez au contraire extrêmement sévères. La diffé-

rence entre la tuberculose locale et la tuberculose généralisée ne signifie rien. Dès qu'il surgit des doutes sur l'hygiène d'une viande, notre devoir est de l'interdire. La pratique en usage actuellement est absolument inefficace, quand on pense qu'à Paris, en 1883, sur 260,000 têtes de bétail on a saisi seulement 11 têtes, versant sept cents animaux malades dans la consommation. Sans doute le bacille n'est pas à l'aise dans le tissu musculaire, mais est-ce qu'à chaque seconde le foyer tuberculeux ne lance pas de nouveaux bacilles dans ce tissu. Il faut proposer que la viande des animaux phthisiques soit saisie quel que soit le degré de la maladie, puisque cette viande fournit une forte proportion de phthisies humaines. En ce qui concerne le lait, la surveillance périodique des vaches industrielles s'impose.

M. GRISONNANCHE (d'Aigueperse). — C'est sur les bêtes qui vivent en troupeaux que s'observe particulièrement la tuberculose. Dans les paccages, il est difficile d'éviter la contamination ; mais si l'on triait les bêtes qui toussent, les isolait des saines, on pourrait réduire le nombre des bovines contaminées. Les paccages sur les cimes du Puy-de-Dôme commencent du 15 mai au 15 juin ; c'est alors que les bêtes montent sur les hauts plateaux, pour en descendre du 15 septembre au 15 octobre, selon l'altitude et la variété des saisons. Les bovines vivent ainsi quatre à cinq mois sans abris, à la rigueur du temps le jour comme la nuit. A l'arrière-saison, à la suite des frimas qui commencent de bonne heure dans ces hautes régions, on descend les animaux sur le flanc des montagnes. Là, logés dans des étableries basses, en promiscuité souvent continue, jour et nuit, avec les hommes, dans des étableries où règne une chaleur intense, ils sont plus accessibles à l'observation, en même temps qu'ils deviennent plus aisément tuberculeux et contaminants. Par conséquent, les cloisonnements des étables, les isolements, les proscriptions de la viande et du lait contagieux et toutes les mesures sanitaires doivent être imposées par une série de prescriptions législatives.

M. VEYSSIÈRE (de Rouen). — Il nous est impossible de distinguer la tuberculose localisée de la tuberculose généralisée ; abandonnons donc ces distinctions nulles en science. Dépossédons, par une spécification légale, les propriétaires d'animaux tuberculeux, inspectons les animaux avec leurs poumons en place, et légiférons dans les conditions que nous imposent les démonstrations scientifiques formelles de l'hygiène. L'orateur cite un fait de porc chez lequel la tuberculose fut inoculée par les voies digestives, ainsi qu'un cas d'inoculation de viande grasse d'un phthisique ayant tué deux lapins (altérations tuberculeuses du foie et des poumons).

A l'appui de l'opinion de M. Veyssière, le secrétaire-général lit un travail, envoyé par M. SPILLMANN (de Nancy), sur les *Vaches laitières des Hautes-Vosges* qui vivent, que l'on fait vivre systématiquement dans des conditions antihygiéniques de chaleur renfermées, et à l'attache, afin, soi-disant, d'activer la production du lait. Chez ces bêtes ainsi bloquées, stabulées, la tuberculose revêt une proportion de 30 à 40 0/0, et la viande en est consommée par les habitants. Il est par conséquent probable qu'il y a contamination par infection alimentaire. L'inspection de ces animaux vivants, des laiteries, des étables et des vaches mortes encore porteurs de leurs organes s'impose.

M. ROSSIGNOL (de Melun). — Dépossédés, saisis, cela va de soi. Mais on ne le peut faire qu'en indemnisant. L'argent de ces indemnités, on le trouvera dans la fondation d'une caisse des épizooties et en exigeant que toute bête soit munie, comme cela se pratique dans le Jura, de son certificat d'origine imprimé sur un papier timbré. Mais sans indemnités, il n'y a pas de loi possible ou, ce qui est pis, pas d'application de la loi.

M. GUIRAUD (de Montauban) apporte une statistique relative à la tuberculose chez les bœufs de l'abattoir de cette ville.

En 1882, on a constaté	7 cas de tuberculose sur	2.455 têtes.
1883,	12	2.561 —
1884,	10	2.468 —
1885,	10	2.184 —
1886,	13	2.235 —
1887,	6	2.[illegible]11 —
1888 jusqu'à juillet	5	1.[illegible] —
	63	15.173 têtes.

soit une moyenne de 4.07 pour 1000.

M. MOULÉ (de Vitry-le-François) étudie la *tuberculose chez les Gallinacées*. Elle y serait fréquente surtout dans les organes abdominaux. Le danger de leur viande en pareille occurence effraie quand on songe à l'emploi des foies tuberculeux comme foie gras. Il convient par suite de s'occuper des volailles, de les inspecter vivantes et mortes, de pratiquer leur autopsie et, dans le cas où l'on constate la tuberculose, de les soustraire à la consommation.

M. VILLAIN (de Paris) — La tuberculose ne se montre à la Villette que dans la proportion de 6 pour 1000. Il faut donc éviter de compromettre les intérêts commerciaux.

M. THIERRY (d'Auxerre). — Si pour ménager certains intérêts respectables, on doit se proposer de se montrer moins sévère, c'est à coup sûr à la campagne qu'on est autorisé à user de modération. Car les bouchers de la campagne n'acceptent pas plus d'animaux malades tuberculisés que ceux des villes. Le paysan mange d'ailleurs peu de viande. Le Parisien, qui est, lui, prédisposé à la tuberculose, en mange beaucoup. Soyez par contraste radicaux dans les grandes villes, et à Paris surtout.

M. AUREGGIO (de Versailles) envoie un travail lu par le secrétaire général, dans lequel il signale, dans l'armée, des cas récents d'infection tuberculeuse par la viande. Il conclut qu'on devra refuser tout animal tuberculeux quel qu'en soit l'aspect, la tuberculose ne naissant pas spontanément, et, au contraire, se transmettant par contagion ; mais pour cela on ne saurait ne pas établir le principe des indemnités, notamment par les assurances des éleveurs et des bouchers.

Séance du 26 juillet (soir). — PRÉSIDENCE DE M. CHAUVEAU.

M. LANNELONGUE communique au Congrès des faits rares de *tuberculose hépatique proprement dite*. Il rappelle qu'il a déjà antérieurement démontré la nature tuberculeuse des abcès périhépatiques, dont il ignorait la source. Il peut aujourd'hui poser les premières pierres de leur origine. Voici trois faits intéressants : Un jeune homme de 13 ans se présente porteur d'un abcès périhépatique ; cet abcès est ouvert, nettoyé ; la cavité en est râclée, on resèque une côte. L'enfant semble guéri pendant deux mois. Alors survient une pleurésie suspecte qui l'enlève. On pratique l'autopsie. Le petit trajet fistuleux qui n'avait encore pu se former aboutissait à la surface convexe du foie, et déjà à la vue cet organe paraissait malade. Le lobe droit était en effet entièrement infiltré d'un caséum jaunâtre absolument semblable à celui de la pneumonie chronique caséeuse ; cette infiltration aboutissait, sur le bord antérieur, à une caverne pleine de pus caséeux et grumeleux, tuberculeux ; ganglions caséeux dans le hile. — Une fillette de 4 ans 1/2 en proie à une fièvre continue, présentant l'exacerbation vespérale au-dessus de 40° c., tousse, vomit, est affectée de diarrhée. La région épigastrique droite est occupée par des abcès perihépatiques ; le foie est volumineux. Le diagnostic est posé. Et, comme l'enfant se meurt, on opère et l'on trouve un foie bombé, saillant. Elle meurt le lendemain. L'autopsie décèle deux anciens abcès tuberculeux au sein de l'organe en question, de son lobe droit, abcès plein d'un liquide caséeux, granuleux, tapissé d'une membrane tomenteuse. Ganglion du hile caséeux. — Chez une fillette de 2 ans, c'est à un abcès périhépatique gagnant le lobe gauche qu'on a affaire. On l'ouvre, on resèque une côte, on presse sur le lobe et l'on fait sourdre par deux petits opercules cachés à la base de l'organe un pus caséeux ; une sonde cannelée engagée dans le trajet permet d'inciser le lobe en question. Une pleurésie tuberculeuse gauche tue la malade que l'on pouvait espérer voir se rétablir, tant elle avait semblé améliorée.

La tuberculose hépatique se présente donc sous deux formes cliniques : à l'état d'infiltration hépatique, à l'état de caverne ulcéreuse. L'origine de ces deux modalités, c'est la granulation primitive déterminée par les bacilles, la modalité résultant de la confluence des granulations. C'est chez l'enfant qu'on la rencontre parce qu'à cet âge il y a beaucoup plus de tissu conjonctif interlobulaire que chez l'adulte. Si la tuberculose hépatique demeure circonscrite, aucun signe ne la révèle ; elle ne se traduit en réalité que par l'abcès périhépatique. L'augmentation de volume du foie ne signifie rien, car

le sujet peut être tuberculeux par un autre organe et tous les [illegible] ont le [illegible]. Ouvrez l'abdomen, enlevez la poche, [illegible] le foie, [illegible] la substance du foie, [illegible] la portion inférieure du thorax. Malheureusement la [illegible] les malades.

Plusieurs membres du Congrès apportent des documents [illegible] à la question des produits [illegible], issus d'animaux tuberculeux.

M. [illegible] (d'Utrecht) affirme qu'à l'abattoir d'Amsterdam il existe un demi-pour cent des bestiaux des porcs [illegible] tuberculeux ; on ne [illegible] leur viande que lorsqu'il s'agit de tuberculose [illegible]. La tuberculose est surtout fréquente chez les [illegible] dans quelques cas [illegible] a été trouvé [illegible]. A l'école d'Utrecht il a observé trois exemples de tuberculose chez le chien.

M. VAN HERTSEN (de Bruxelles). — Les dangers inhérents à la consommation de la viande et surtout du lait d'animaux tuberculeux sont [illegible] qu'ait [illegible] l'apparence de santé de ces animaux. Il est cependant impossible de frapper tous ces produits de [illegible], sans une législation spéciale, importance de la [illegible] tuberculose. Dans son pays, [illegible] des vaches laitières sont tuberculeuses. Prenons les mesures les plus radicales sous peine d'être convaincus d'assassinat.

M. SIEGEN (de Luxembourg) [illegible] la *transmissibilité [illegible] de la tuberculose [illegible]*. Il a obtenu la tuberculose chez quatre porcs nourris de la chair d'une vache tuberculeuse. Nécessité de [illegible].

M. ROBINSON (de [illegible]) [illegible], pendant quatorze ans, de supprimer totalement la viande des animaux tuberculeux. Il n'y a, en somme, que peu de cas [illegible] dans lesquels on puisse différencier la localisation de la tuberculose. La prohibition radicale [illegible] la viande [illegible] n'est-il pas autant que le public [illegible] pour les [illegible] de cette prohibition prophylactique.

M. [illegible] affirme, après une pratique de [illegible] ans, qu'il [illegible] pas de [illegible] démontrant que la tuberculose puisse [illegible] par les voies digestives. Or des expériences de laboratoire ne suffisent pas pour que l'on [illegible] que [illegible] les [illegible] et commerciaux. [illegible] des animaux [illegible] est légitime.

M. [illegible] (de Bruxelles). — La prohibition [illegible] par les moyens légaux, avec indemnité, est le seul procédé, car on ne saurait [illegible] de distinction pratique, basée sur des connaissances positives au point de vue de la valeur de telle ou telle viande.

M. [illegible] (de Toulouse). — Expériences positives démontrant la contamination des porcs et [illegible] à l'aide de viande et de lait d'animaux tuberculeux. Nos acquisitions expérimentales suffisent pour [illegible] des mesures prohibitives [illegible].

M. [illegible] (de [illegible]). — [illegible], et cette indemnité sera [illegible] par [illegible] ainsi que par les caisses d'assurances contre les pertes des [illegible].

M. [illegible] (de Dijon) [illegible] cette habitude d'envoyer phthisiques et anémiques [illegible] le sang à l'abattoir. Il [illegible] le fait suivant. Une dame atteinte de tuberculose [illegible] prendre ce médicament ; on lui donna le sang d'un bœuf [illegible] ; or, cet animal fut trouvé tuberculeux.

Un échange d'observations a lieu entre MM. [illegible], Butel, [illegible], au sujet de [illegible] de reconnaître que [illegible] compte [illegible] la formule ainsi des formules de divers membres et [illegible] par la discussion et ses allures, rédigera un complet exposé des conclusions et les soumettra au vote du Congrès. Aujourd'hui l'assistance vote à une [illegible] majorité, le principe de l'intervention de l'autorité. Elle est d'avis :

— [illegible] a lieu de poursuivre par tous les moyens possibles, y compris l'indemnisation des intéressés, le principe de la [illegible] de la [illegible] de la [illegible] des viandes [illegible] d'animaux tuberculeux, [illegible].

M. HARTENSTEIN (de Charleville). — *La tuberculose [illegible] dans ses rapports avec la phthisie [illegible]*. Tout ce qui ressemble à de la phthisie n'est pas de la tuberculose. Ainsi en est-il du pus [illegible] des hydatides qui forment des foyers dans lesquels ils meurent ; d'où l'apparence clinique de la phthisie. Ces produits sont éliminés et forment des cavernes par résorption. Mais la guérison a lieu [illegible].

M. GALTIER. — *[illegible] qu'il convient d'appliquer aux animaux tuberculeux et aux viandes qu'ils fournissent.* Conclusions identiques à celles de M. Arloing.

M. SOLLES (de Bordeaux). — *De l'existence d'un organisme que présente le poumon tuberculeux de l'homme et qui n'est pas le bacille de Koch.* En inoculant du tubercule humain à des lapins, l'auteur a provoqué une septicémie consomptive (amaigrissement extrême), sans tuberculose; il a trouvé un micrococcus spécial, tout à fait *sui generis*. Il a obtenu le même résultat d'une rate tuberculeuse de cobaye, très fraîche, tout en ayant pris toutes les précautions antiseptiques. La phthisie pulmonaire est donc un fait complexe. Les cultures de sang de phthisiques présentent la plus grande ressemblance avec la culture du sang des érysipélateux humains. Le septicémie en question a du reste duré de 2 à 14 mois. Ce sujet est encore à l'étude.

M. BOULAND (de Limoges). — *Sur la tuberculose dans certains quartiers de Limoges.* Comme à Paris, chaque année certaines circonscriptions sont les plus atteintes ; les quartiers les mieux organisés sont les moins affectés; les plus hypothéqués sont les moins favorisés de l'hygiène. Contamination démontrée par les maisons publiques. Organes sexuels. Contacts intimes.

M. KALINDERO (de Bucarest). — *Sur la méningite chez l'adulte.* — De plusieurs observations de modalités diverses, l'orateur estime que : 1° chez l'adulte, le diagnostic est quelquefois difficile, 2° elle peut s'arrêter chez l'enfant en lui laissant un état mental particulier; 3° elle peut affecter, chez l'adulte, une évolution lente, en donnant naissance à des délires variés, difficiles à classer ; 4° ses formes aphasiques sont dues à des localisations des produits morbides sur certaines circonvolutions.

M. CHAMBRELENT (de Bordeaux). — *Sur la méningite tuberculeuse pendant la grossesse.* Dans les trois observations en question, le fœtus est resté indemne, ainsi que l'utérus; la grossesse a continué son cours. La provocation de l'accouchement doit donc être tentée si la femme a dépassé six mois et demi de grossesse et si le diagnostic de méningite tuberculeuse est bien établi.

M. DE TERRE. — *De l'hérédité.* Quand le père est sain et vigoureux, il exerce la plus favorable influence sur la santé du fœtus quel que soit l'état de santé et de vigueur de la mère. S'il est malade, le fœtus ne s'accroît pas, quelque soit la santé et la taille de la mère. L'alcoolisme, la syphilis, la tuberculose exercent la plus fâcheuse influence sur le fœtus. La tuberculose est transmissible héréditairement en nature, ou sous forme d'un affaiblissement physiologique quelconque. Elle se transmet telle quelle et en tant que graine, surtout par le père ; cela se voit à la diminution de poids du fœtus. Non seulement le fœtus est prédisposé à la manifestation anatomique de la maladie, mais son tissu détermine, par inoculation, malgré l'apparence de santé de l'individu, la tuberculose. La tuberculose généralisée du père peut donc arrêter le développement du fœtus.

M. DEGIVE communique, qu'afin d'éviter à Bruxelles la *transmission de la tuberculose par vaccination*, on recueille le vaccin de l'animal, on le tue, on l'autopsie, et on ne procède aux vaccinations que si l'animal n'était pas tuberculeux.

M. CHAUVEAU affirme l'excellence de cette méthode, bien qu'il soit extrêmement difficile, avec la pointe de la lancette, d'inoculer le germe tuberculeux : il ne se développe pas dans ces conditions-là; il en est de même du virus syphilitique, qui ne passe pas facilement dans le liquide vaccinal. (*A suivre.*)

P. KERAVAL.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *[illegible].* — M. le Dr [illegible]MANN, [illegible] assistant, [illegible] à l'université d'Allemagne, est nommé privat-docent [illegible].

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 juillet 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

M. CORNEVIN étudie expérimentalement la *gangrène foudroyante*. Il s'occupe spécialement de son inoculation préventive. La gangrène foudroyante et gazeuse atteint les animaux dans l'ordre suivant de réceptivité : le cobaye, l'âne et le cheval viennent en première ligne comme susceptibilité à cette affection ; le mouton et le pigeon en deuxième ligne ; le lapin et le coq en troisième ; le rat blanc en quatrième ; le chien, le chat et le canard en cinquième. Le passage par l'organisme d'une série de rats atténue la virulence de la gangrène. En combinant l'action de la chaleur et celle des antiseptiques, il est possible de préparer des vaccins propres aux inoculations préventives. On peut obtenir ainsi une poudre vaccinale qu'on délaye au moment de s'en servir. On confère ainsi une solide immunité contre la gangrène ; mais cette immunité est de courte durée (24 jours au maximum). Le virus atténué retrouve son activité par l'addition d'acide lactique. Le microbe de la gangrène gazeuse est très abondant dans les terres cultivées et très rare dans le sol des forêts. On le trouve aussi dans les eaux boueuses ; l'air atmosphérique ne le tient pas en suspension. Ce microbe, ainsi que l'avaient déjà dit Chauveau et Arloing, est identique au vibrion septique.

M. LINDET montre que les *proportions d'alcools changent pour quand on fait varier les températures de fermentation.*

M. D'ARSONVAL décrit une *étuve auto-régulatrice entièrement métallique.*

M. ARNAUD fixe la *composition élémentaire de la strophantine cristallisée, extraite du Strophantus Kombé.*

Paul LOYE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 21 juillet 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHARD.

M. NETTER. — Dans la salive de sept sujets sains, ne présentant aucune lésion suppurative ou autre des voies aériennes ou digestives, nous avons pu démontrer l'existence du *Streptococcus pyogènes*. La méthode à laquelle nous avons eu recours a été, pour la première fois, employée par M. Pasteur : inoculation de salive dans le tissu cellulaire du dos et culture du sang du ventricule gauche des animaux qui succombent à cette inoculation. Nous n'avons trouvé le streptococcus pyogènes que dans un nombre relativement rare de cas : 7 sujets sur 127, soit 5.51 pour 100. Chez 2 sujets la salive renfermait, à la fois, le streptocoque et le pneumocoque de Fraenkel. Chez le même sujet, le streptocoque, présent à certains moments, n'a pas été toujours retrouvé plus tard. Nous l'avons vu chez la même personne 6 fois sur 60 examens. Nous croyons être le premier à faire cette constatation, de la présence du streptocoque pyogènes dans la salive des sujets sains. Biondi l'a vu, mais chez des sujets qui avaient une angine phlegmoneuse ou un érysipèle du pharynx. Nous savons [illegible] d'où proviennent les Streptocoques qui pénètrent par les amygdales et passant souvent de là dans le sang engendrent ces [illegible] infectieuses, maintes fois suivies de septicémie ou d'infection purulente. Nous nous expliquons aussi comment du pharynx les streptocoques peuvent, par les trompes d'Eustache, gagner l'oreille moyenne et déterminer des otites suppurées. Nous avons supputé l'existence de ces otites à streptocoques, existence confirmée par les travaux de Moos, Zaufal, etc. Si nous admettons, avec la plupart des auteurs les plus récents, l'identité du Streptocoque pyogènes avec le Streptocoque de l'érysipèle, nous nous expliquons enfin l'origine pharyngée fréquente de l'érysipèle de la face et ses récidives habituelles. On a retrouvé [illegible] dans les membranes diphtéritiques et la raison en est simple : il n'est pas pathogène, mais il existe dans les membranes, parce qu'il coexiste antérieurement dans la bouche.

M. LUYS préconise pour les hypnotisations rapides l'emploi du miroir à alouettes, mû par un mécanisme d'horlogerie. On peut, de cette façon, hypnotiser plusieurs personnes à la fois.

M. VARIOT a fait, à l'Infirmerie centrale des prisons de nombreuses recherches ayant pour but la destruction des tatouages. Le moyen le plus simple lui a paru être le suivant : il verse à la surface de la peau une solution concentrée de tannin qu'il fait pénétrer dans le derme avec des aiguilles, puis il cautérise la surface piquée avec un crayon de nitrate d'argent. De cette façon, il détermine une escharre superficielle, suffisante toutefois pour enlever le tatouage et ne laissant après elle qu'une cicatrice insignifiante.

M. WERTHEIMER (de Lille) répond à M. Laborde, à propos des *centres respiratoires*. Il rappelle sommairement ses communications précédentes, établissant que l'arrêt des mouvements respiratoires après la section de la moelle au niveau de l'axis n'est que momentané. On lui objecte que par la méthode graphique qu'il a suivie il aurait enregistré non pas des mouvements respiratoires, mais des mouvements du cœur. Cette critique est absolument vaine, dit M. Wertheimer : il suffit d'examiner les tracés où j'ai enregistré les pulsations du cœur, en même temps que les contractions des muscles respirateurs, pour qu'il ne puisse y avoir de doute à ce sujet. Ces mouvements du tronc et du diaphragme peuvent, du reste, être constatés facilement *de visu*. M. Wertheimer ne saurait appeler autrement que *mouvements respiratoires* des mouvements *spontanés* et *rythmiques* des muscles respirateurs. Il laisse de côté l'interprétation des faits, bien qu'à son sens elle ne soit pas douteuse. Mais ce sont ces faits eux-mêmes qu'on a contestés ; ce sont ces faits dont il maintient entièrement l'exactitude pour les avoir vus se reproduire dans plus de cent expériences.

M. LOYE, répondant à des observations présentées par M. Laborde, sur la mort après la décapitation, rapporte les 14 observations physiologiques d'exécution capitale qui existent dans la science et conclut que, contrairement à l'opinion de cet auteur, les spasmes et les grimaces dans la tête du décapité ne sont pas la règle et que le corps, au moment où il est séparé de la tête, n'est pas agité de mouvements convulsifs.

M. FÉRÉ a constaté, au moyen du sphygmomètre de M. Bloch que la pression artérielle était en général abaissée de moitié chez les hémiplégiques du côté paralysé.

M. GLEY présente une note de M. LEBEAUX sur un *Streptocoque non pathogène trouvé dans le mucus vaginal.*

GILLES DE LA TOURETTE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 24 juillet 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

M. GELLÉ lit un mémoire intitulé : *Des réflexes auriculaires ; de l'existence d'un centre réflexe oto-spinal ; de son siège dans la moelle cervicale.* Lorsqu'on observe l'atténuation du son du diapason placé à droite, par suite de la pression faite à gauche, on constate l'existence d'un réflexe normal d'accommodation binauriculaire. C'est l'épreuve des réflexes binauriculaires. Lorsque ce réflexe manque, toutes les conditions restant normales, il convient d'admettre que le centre réflexe lui-même est atteint. Ce réflexe enfin serait altéré et disparaîtrait dans la pachyméningite cervicale. Aussi M. Gellé se croit-il en droit d'admettre que le centre réflexe de l'accommodation binauriculaire est situé dans la moelle et dans la région cervicale.

M. CRÉQUY fait une communication *sur les dangers de l'établissement d'un hôpital de varioleux à proximité des usines à gaz de la Villette.* — Dans l'usine à gaz de la Villette, la contagion s'est principalement signalée dans les ateliers de distillation, qui se trouvent les plus rapprochés de l'hôpital des varioleux. Ces ateliers sont situés à 238 mètres de l'hôpital. Or, sur [illegible] varioleux, [illegible] travaillaient dans ces mêmes ateliers. M. Créquy estime en consé-

quence qu'un hôpital de varioleux doit-être éloigné de tout centre de population d'environ 500 à 1.000 mètres. A ce propos, M. Créquy regrette l'insouciance des ouvriers à se faire revacciner. Il aurait pu ajouter que cette inconcevable insouciance se trouve singulièrement encouragée par les doctrines de plusieurs médecins.

M. L. Le Fort fait une communication *sur la réunion par première intention des plaies exposées à l'air libre*. Il n'attribue à l'air aucune influence nocive sur la marche des plaies et n'admet comme mécanisme de propagation de l'infection purulente, puerpérale ou chirurgicale, que le transport des germes contages d'un individu malade à un individu sain par l'intermédiaire des doigts, des instruments, des éponges. Depuis plusieurs mois, M. L. Le Fort laisse toutes les plaies de ses opérés en contact immédiat, permanent avec l'air, et obtient ainsi des guérisons sans suppuration et par première intention.

M. Dujardin-Beaumetz, à l'occasion du travail de M. Verneuil sur *le traitement des anévrysmes* par l'introduction de corps étrangers dans leur cavité, pense que le traitement médical iodure de potassium, antipyrine, phénacétine, doit tendre à se substituer complètement aux méthodes chirurgicales. L'électro-puncture ne doit être pratiquée que dans des cas exceptionnels, où la rupture menace de se produire à l'extérieur.

M. Gibier fait une communication *sur l'étiologie et le traitement de la fièvre jaune*. Cette communication est basée sur des recherches entreprises à la Havane. L'intestin des sujets atteints de la fièvre jaune contient une matière noire ou foncée, toxique. Cette matière renferme des bacilles. Parmi ces derniers, il s'en trouverait un qui aurait la propriété de noircir les corps en présence desquels il se développe. Ce bacille, droit et court, allongé ou courbé, liquéfie la gélatine et provoque, par l'inoculation aux animaux, des accidents graves et la mort. Par suite de la systématisation des symptômes sur le tube digestif, M. Gibier admet une théorie intestinale de la fièvre jaune et préconise, comme traitement, les purgatifs répétés et les désinfectants intestinaux.

M. L. Le Fort présente le moule d'un enfant atteint *d'exstrophie de la vessie*, ainsi que l'enfant opéré et guéri.

L'Académie se constitue en comité secret, à l'effet d'entendre la lecture du *rapport* de M. Proust sur les travaux des candidats au titre de membre correspondant étranger. La commission présente, en première ligne, M. Vanlair (de Liège); en deuxième ligne, M. Cantani (de Naples); en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Rommeloere et Warlomont (de Bruxelles). A. Josias.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 25 juillet 1888. — Présidence de M. Polaillon.

M. Terrier, à propos du procès verbal, revient sur la question de *l'ascite en général* et de *l'ascite chyleuse* en particulier. La malade, dont a parlé M. Terrillon dans la dernière séance, a été vue jadis par M. Terrier, qui lui a fait une ponction de l'abdomen, ne sachant à quoi s'en tenir à cette époque sur la lésion qu'elle présentait. D'ailleurs, Kœberlé l'avait déjà ponctionnée et lui aussi avait été fort embarrassé pour mettre une étiquette sur la maladie de cette femme. M. Terrier fit faire par le pharmacien de Bichat, M. Patein, l'analyse du liquide. Ce dernier fut reconnu comme devant être du liquide kystique densité trop grande, matériaux solides en trop grande quantité pour qu'on put le croire d'origine ascitique; pas de leucocytes, pas de cholestérine, etc.; pas de matières grasses en quantité exagérée. Donc voilà une ascite, dont le liquide, dans l'espace de peu de temps, s'est totalement modifié — puisque, lors d'une ponction faite récemment, M. Terrillon a retiré un liquide d'apparence chyleuse. A un an de distance, le liquide a changé d'aspect. Pour M. Terrier, la nouvelle consultation prouve qu'il s'agit d'une phase nouvelle de la maladie qui elle est restée la même. Dans certaines ascites en effet, symptomatiques d'une inflammation du péritoine, il y a des produits secrétés par la séreuse malade qui tombent dans la sérosité accumulée dans le péritoine et en modifient les caractères. On peut trouver, dans des ascites diverses, tous les intermédiaires entre les liquides considérés comme liquide ascitique type et kystique type. D'ailleurs, cette opinion a été soutenue par M. Debove. Le liquide de l'ascite chyleuse constitue un liquide résidual, un stade de l'évolution d'une ascite à caractère inflammatoire.

M. Tillaux pense qu'on ne doit pas accorder une grande valeur à l'analyse chimique du liquide fourni par une ponction de l'abdomen. Quand, en clinique, il est difficile de savoir si on a affaire à une ascite ou à un kyste, chimiquement le diagnostic est difficile aussi et les pharmaciens se trompent souvent. Dans un cas, après une ponction, un chimiste affirma qu'il avait trouvé à son analyse un liquide provenant d'un kyste, et à l'opération on trouva une ascite symptômatique d'une tumeur de l'épiploon.

M. Terrillon prétend qu'on ne peut pas ne pas tenir compte des observations de M. Straus sur l'ascite chyleuse. Dans l'observation qu'il a rapportée, il s'agissait d'un liquide contenant de la graisse en émulsion et cette graisse ne lui a pas paru pouvoir être une transformation d'éléments contenus autrefois dans le liquide ascitique. D'ailleurs le péritoine était tomenteux; de plus le mésentère présentait cette lésion très accusée. M. Terrillon s'est appuyé sur ces remarques pour admettre l'ascite chyleuse, diagnostic acceptable, d'autant plus qu'il s'agissait d'une personne malade depuis 8 ans déjà.

M. Quénu. — Evidemment l'analyse chimique n'est pas toujours capable de faire savoir si l'on a affaire à un kyste ou à une ascite; mais ce n'est pas une raison pour la rejeter de parti pris. On peut dire, d'ailleurs, que toutes les fois que dans un liquide péritonéal le chiffre des matières fixes dépasse 75 grammes, il s'agit d'une tumeur végétante ou d'une tumeur multiloculaire dont le contenu s'est épanché dans le ventre, après rupture du kyste.

M. Terrier. — Il n'y a rien d'étonnant si les chimistes se trompent quelquefois dans leur diagnostic, basé pourtant sur une analyse chimique exacte cela tient à ce que les données qui leur servent pour faire ce diagnostic sont absolument empiriques; ils ont établi, à ce propos, des classifications et des subdivisions à limites beaucoup trop tranchées, trop artificielles. En chirurgie, il y a toutes sortes d'intermédiaires entre les ascites simples et les ascites complexes; et justement ces ascites, à caractères intermédiaires, étranges, sont fort mal connues. Rien d'extraordinaire si ce liquide a des propriétés différentes du liquide des cas types. Le cas de M. Tillaux vient à l'appui de ce qu'il soutient.

M. Trélat présente quelques réflexions sur un cas de *fistule pyostercorale traitée par l'entérorrhaphie*. Nous publierons *in extenso*, dans notre prochain Numéro, l'importante leçon que M. le professeur Trélat a récemment fait sur ce sujet et qu'il résume ici.

M. Tillaux demande comment on pratique la suture de la muqueuse, dans le procédé de Czerny-Lembert, lors d'entérorrhaphie. Pour lui, la suture de Lembert est bien suffisante.

M. Routier donne quelques détails sur le malade opéré par M. Horteloup (entérorrhaphie pour fistule pyostercorale) et dont l'histoire a été publiée au dernier *Congrès de chirurgie*.

M. Trélat a employé la suture de la muqueuse pour diminuer un peu l'orifice de l'intestin; mais il avoue qu'il ne tient pas du tout à cette suture.

M. Monod présente *des instruments complètement en métal et sans soudure*, faciles à stériliser à 150°—170°.

M. Marchand présente un volumineux *fibrome de la paroi abdominale*, dont l'extirpation a été rendue difficile par l'hémorrhagie abondante qui a eu lieu.

M. Quénu montre un *lipome* de 915 grammes enlevé chez un enfant de 2 ans et siégeant dans l'aisselle gauche. Ce lipome énorme s'étendait du mamelon au 1/3 intérieur du bras. L'extirpation a été difficile à cause de la très grande vascularisation de la tumeur ce qui nécessita une hemostase de longue durée, et à cause du voisinage des nerfs et des vaisseaux de l'aisselle. L'enfant pesait un peu plus de 9 kilogrammes, de sorte que 100 gr. de tumeur correspondaient à 1 kilog. du sujet.

M. Richelot montre, de la part de M. de Closmadeuc (de Vannes) des pièces osseuses (vertèbres lombaires et dorsales) provenant d'un squelette datant du 12e siècle et présentant des

productions osseuses importantes, soudant 5 vertèbres entre elles. Il demande s'il ne s'agit pas d'exostoses syphilitiques, quoique le squelette soit celui d'un moine de Citeaux enterré au 12e siècle.

M. Kirmisson. — Ces productions osseuses sont dues à l'âge et peut-être au rhumatisme. Dans les autopsies de vieillards, on en voit souvent d'analogues. Elles prouvent simplement, dans le cas en question, que le dit moine est mort vieux.

M. Tillaux. — Il ne s'agit point là d'exostoses, mais d'une ossification du surtout ligamenteux antérieur, ossification qui reproduit nettement la forme de ce ligament.

M. Quénu appuie cette assertion ; c'est une ossification de tissu fibreux.

M. Terrier. — De pareilles ossifications s'observent fréquemment chez les vieux chevaux.

La Société de Chirurgie entre en vacances pour deux mois à partir du 1er août. La prochaine séance de cette Société n'aura donc lieu que le 3 octobre prochain. Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE THERAPEUTIQUE.

Séance du 13 juin 1888. — Présidence de M. Créquy.

M. C. Paul lit un travail de M. Poulet, de Plancher-les-Mines, sur l'action du *Strophantus*. Suivant cet auteur, l'Inée ou strophantus glabre du Gabon aurait seule une action véritablement efficace et constante. C'est donc cette variété qu'il faut prescrire d'autant quelle provient uniquement des colonies françaises.

M. Catillon dit que le travail de M. Poulet gagnerait à être commenté par l'auteur lui-même. Le strophantus glabre est-il diurétique, à l'instar du Strophantus hispidus ? d'autre part, cette variété contiendrait cinq fois plus de strophantine, principe actif, que le Strophantus hispidus. Enfin, comment M. Poulet s'est-il procuré du strophantus glabre en quantité suffisante, pour expérimenter, celui-ci étant d'une extrême rareté en France.

M. Dujardin-Beaumetz. — Le strophantus en extrait ou teinture est un bon diurétique ; la strophantine, par contre, favorise peu la diurèse ; il en est de même pour la digitaline comparée aux autres préparations de digitale.

M. Catillon fait remarquer que M. Germain Sée n'a également pas obtenu de diurèse avec la strophantine. Quand à la strophantine extraite de l'inée, elle n'a pas encore été expérimentée.

M. Dujardin-Beaumetz a expérimenté la *paraphénacétine* et l'orthophénacétine. Toutes les deux à la dose de 0,50 cent. à un gramme donnent des résultats comparables à ceux de l'antipyrine et sont d'un prix bien moins élevé.

M. Brémont lit une note sur l'*influence du traitement térébenthiné sur l'oxyhémoglobine*.

Séance du 27 juin 1888. — Présidence de M. Créquy.

M. Huchard, partant de ce fait que M. Lubinski (de Vasforce) a obtenu de bons résultats des pulvérisations d'éther le long de la colonne vertébrale dans le traitement de la chorée, a employé les pulvérisations de chlorure de méthyle de la même manière dans un cas de chorée rhythmique hystérique (1). Le résultat a été favorable, mais il faut tenir compte de l'hystérie du sujet. Mais il a surtout obtenu de bons résultats dans le traitement de l'irritabilité spinale. Ne pourrait-on pas appliquer ce procédé thérapeutique au traitement des autres nevroses bulbo-médullaires, le goitre exophtalmique en particulier.

M. Labbé serait heureux d'entendre M. Huchard préciser ce qu'il désigne sous le nom d'irritabilité spinale.

M. Huchard répond que c'est une hypéresthésie de la moelle et de ses enveloppes, tantôt essentielle, tantôt symptomatique, et dont l'expression phénoménale varie avec l'endroit ou prédomine la congestion.

(1) Il y a longtemps déjà qu'à l'hôpital des Enfants-Malades M. Olivier a essayé les pulvérisations de chlorure de méthyle dans des cas de chorée, ordinaire ou grave, chez des petites filles. Les résultats ont été [illegible] variables. D'ailleurs M. Olivier ne peut manquer de faire [illegible] le résumé de ses tentatives ; nous ne signalons ce fait que pour indiquer que d'autres médecins ont employé ce moyen de traitement. M. B.

M. C. Paul désirerait qu'on ne confondît pas l'hypéresthésie avec l'irritation spinale. Cette dernière est une affection chronique extrêmement rebelle, sinon incurable, s'accompagnant non seulement de douleurs comme l'hypéresthésie, mais encore d'une impotence fonctionnelle très marquée des membres inférieurs.

M. Dujardin-Beaumetz. — Depuis que M. Bailly a fait connaître le *stypage*, la pulvérisation du chlorure de méthyle doit être abandonnée. Quant à l'irritation spinale, c'est une grosse question, encore confuse, et dont il ne faut parler qu'avec une extrême prudence.

M. Huchard n'a pas prétendu guérir d'emblée l'irritation spinale, mais seulement quelques-uns de ses accidents.

M. Huchard, après avoir employé tous les moyens usités dans un cas d'hémorrhagie intestinale chez un tuberculeux, a donné l'*iodoforme* en cachets à la dose de 0,20 à 0,30 centigr. par jour, et s'est ainsi rendu maître de l'écoulement sanguin. Il a retiré également des bénéfices de l'emploi de cette substance dans certaines lésions ulcéreuses de l'estomac, qui peut-être étaient d'origine infectieuse.

M. Dujardin-Beaumetz répond que personne n'emploie plus aujourd'hui l'iodoforme, médicament très irritant et qui cause des renvois insupportables.

M. Huchard. — Mes malades n'ont pas accusé de troubles gastriques ; il est vrai que l'emploi de l'iodoforme n'a jamais été prolongé au delà de 7 à 8 jours.

Gilles de la Tourette.

CONSEIL D'HYGIÈNE ET DE SALUBRITÉ DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE.

M. Lépine donne lecture de la lettre suivante, adressée au préfet de police par le préfet de la Seine :

L'administration générale de l'Assistance publique de Paris se préoccupe d'assurer dans des conditions efficaces l'*isolement des malades* atteints d'affections épidémiques ou contagieuses. Pour atteindre ce but, deux systèmes sont en présence : le premier consisterait à construire les nouveaux hôpitaux, dits d'isolement, dans l'enceinte de la capitale ; le second comporterait la construction de ces établissements dans les communes de la banlieue. L'Assistance publique ne croit pas à l'efficacité du premier système. Dans un rapport ci-joint, du 30 avril 1888, le directeur de cette administration exprime, en effet, l'avis qu'il n'est possible d'obtenir l'isolement des malades contagieux ni en les plaçant dans des pavillons spéciaux dépendant des hôpitaux qui existent actuellement ni même en ouvrant de nouveaux hôpitaux dans l'enceinte de la capitale. Car, s'il existe dans cette enceinte des terrains suffisamment vastes pour recevoir des établissements de cette nature avec tous les développements qu'ils comportent, M. le directeur de l'Assistance publique, dans un second rapport, du 9 juin dernier, après avoir examiné successivement leur situation, formule cette conclusion qu'aucun d'eux ne remplit les conditions requises, attendu que tous se trouvent à proximité d'agglomérations populeuses, et que plusieurs sont situés dans le voisinage de groupes scolaires pour lesquels les dangers d'infection seraient tout particulièrement à craindre. Le second système ne présente évidemment pas ces inconvénients au même degré ; mais les populations et les municipalités intéressées paraissent redouter vivement de le voir appliquer, et plusieurs maires n'ont pas hésité à prendre, d'avance des arrêtés de police interdisant de former des hôpitaux ou l'on traiterait les maladies contagieuses. Dans cette situation, et avant de provoquer une décision de l'autorité supérieure pour déclarer d'utilité publique les acquisitions à réaliser en vue d'ériger des hôpitaux d'isolement, j'ai pensé qu'il était indispensable de soumettre les objections respectivement formulées à l'examen d'un corps savant, dont l'autorité put guider l'administration dans la voie à suivre pour arriver au but qu'elle désire atteindre, dans l'intérêt de la santé publique. Le Conseil d'hygiène et de salubrité a toute compétence pour se prononcer sur la [illegible] dont il s'agit. Je vous serai obligé, Monsieur le préfet et cher collègue, de vouloir bien l'appeler à en délibérer et de me faire parvenir son avis, etc.

Veuillez agréer, Monsieur, etc.

M. le Dr Rochard et d'avis que le Conseil doit approuver immédiatement les intentions de M. le préfet de la Seine.

M. Chautemps donne au Conseil quelques renseignements sur l'état de la question. Sur sa proposition le Conseil municipal a décidé la création : 1° de services d'isolement (dont font partie les hopitaux suburbains) ; 2° de services de transports

des malades atteints de maladies contagieuses, et [illegible] d'un service de désinfection des logements, linge, etc. Dès que les conclusions relatives à la construction d'hôpitaux d'isolement dans la banlieue ont été connues, les oppositions des communes qui pouvaient craindre l'installation de ces hopitaux sur leur territoire se sont manifestées. M. le préfet de la Seine en a référé au ministre de l'intérieur, et c'est sur l'avis de M. Chautemps que la question est venue devant le Conseil d'hygiène. M. Chautemps croit qu'il serait bon que le Conseil prît connaissance de son rapport.

Cette proposition est adoptée. Le rapport de M. Chautemps sera distribué.

REVUE DES MALADIES DES VOIES DIGESTIVES

I. — **Maladies de l'appareil digestif**; leçons faites par le Professeur Baumel (de Montpellier). — Delahaye et Lecrosnier, Paris. 1888.

II. — **Leçons cliniques sur la pathologie de la digestion**; par le Dr Ewald (de Berlin) (trad. par MM. Dagonet et Schuman. 1888. — Delahaye et Lecrosnier, Paris.

III. — **Réflexions sur les ectasies gastriques**; par le Dr Maubran. — Nancy, 1887.

I. — Le professeur Baumel débute par un aperçu de médecine historique et critique pour arriver à une profession de foi dans laquelle, fidèle à l'Ecole de Montpellier, il déclare arborer le drapeau du *Vitalisme*; cette doctrine, dit-il, n'est autre que l'Hippocratisme ancien, tradition séculaire, sur laquelle reposent les progrès de la médecine moderne et qui a été défendue dans l'école de Montpellier par des hommes du plus grand mérite.

Il entre alors dans le cœur de son sujet et aborde l'étude des affections des voies digestives en suivant l'ordre anatomique, de la bouche au rectum. A propos du cancer de l'œsophage et de l'estomac, il se base sur une série de faits observés pour se livrer à des considérations tendant à prouver que cette affection pourrait bien être médiatement contagieuse, comme on l'a prouvé dernièrement pour la tuberculose. En revanche il est d'avis qu'on a fait jouer jusqu'ici un rôle trop prépondérant à l'hérédité. Il appelle aussi l'attention sur l'opinion récemment émise par Van den Corput, sur la pathogénie du cancer, lequel serait bien souvent la conséquence d'une alimentation animale exagérée qui entraîne en même temps l'usage immodéré de [illegible]. Le cancer [illegible] serait fort rare, sinon tout à fait inconnu dans les pays [illegible] on ne le rencontre guère davantage, [illegible] parmi celles des communautés religieuses qui s'abstiennent de viande.

Le chapitre qui traite de la dilatation de l'estomac est bien fait, à la fois concis et complet; on y trouve un exposé [illegible] de cette question de pathologie digestive, tant à la mode depuis quelques années. Signalons un autre chapitre très intéressant, celui qui traite du vomissement. Ce symptôme, que la plupart des auteurs se contentent de signaler, fournit à M. Baumel matière à un développement assez considérable et à une étude très détaillée.

Les maladies de l'intestin se subdivisent à leur tour en plusieurs chapitres, parmi lesquels ceux qui traitent de l'entérite, de la [illegible] et de la dysenterie, méritent surtout une mention particulière.

En somme, c'est un ouvrage qui fait grand honneur à son auteur : il est très intéressant, suffisamment scientifique et en [illegible], bien écrit et bien imprimé.

II. — Cet opuscule échappe à une analyse détaillée, les divers points de la physiologie normale ou pathologique, sont étudiés chacun d'une façon si complète, et avec des détails si abondants qu'il est difficile de faire une sélection et de mettre en lumière plutôt un point qu'un autre. Essayons cependant d'en donner un aperçu rapide.

D'abord l'auteur entend par digestion l'ensemble des processus qui transforment les aliments en substances [illegible] assimilables par la cellule ; autrement dit, il comprend dans la digestion, l'absorption. Pour bien comprendre la digestion, il faut étudier d'une manière claire et précise l'action des ferments, dont la fonction principale est précisément de modifier les substances alimentaires. Nous ne suivrons pas l'auteur dans l'étude qu'il fait des oxydations organiques ; pour lui tous les ferments possèdent cinq propriétés essentielles : 1° ils sont de nature organique ; 2° ils n'agissent qu'en présence de l'eau ; 3° l'ensemble des produits formés contient plus d'hydrogène et d'oxygène, suivant la quantité d'eau utilisée, que la substance avant la fermentation ; 4° tous les ferments décomposent l'eau oxygénée ; 5° tous sont surtout actifs entre les températures de 30 degrés à [illegible]. Les ferments peuvent être ou *figurés ou solubles* ; toutes les fermentations purement *physiologiques*, sont dues à des ferments solubles, et toutes les fermentations *pathologiques* à des ferments figurés.

La physiologie des glandes salivaires de la déglutition et de l'estomac est fort savamment traitée, bien des points restant encore obscurs, spécialement en ce qui concerne le suc gastrique et les peptones.

Le pouvoir digestif de l'estomac nous amène à l'étude de l'auto-digestion et par une transition toute simple, à la pathogénie des ulcères.

La sécrétion du foie qui est encore un des points les plus complexes de la physiologie, est également le sujet d'une étude approfondie. La pathogénie des calculs biliaires, vrais ou faux (concrétions de Teuffel, formées de tissus hépatiques desséchés ou contractés), fait suite à l'étude de la bile. A propos du pancréas, l'auteur fait une étude de la *trypsine*, considérée comme un ferment pur ; il en fait l'historique et en étudie l'action. La trypsine cependant paraît n'exister dans la glande que d'une manière exceptionnelle ; et d'ailleurs, le travail de fermentation qui se fait au niveau du duodénum, est tellement actif qu'il devient difficile d'isoler un ferment ou un produit.

La physiologie de l'intestin, tant comme action chimique que comme action mécanique, est mieux connue. Nous signalerons surtout la leçon où il est question de la résorption et de l'alimentation par l'intestin. Enfin le travail se termine par quelques pages consacrées à l'examen clinique du [illegible]. Ce sont, on peut le dire, les quelques pages les plus pratiques et le [illegible] de cette étude ; nous ne pouvons mieux faire que d'y renvoyer le lecteur.

III. — M. le Dr Maubran [illegible] le terme *Dilatation* qu'on a adopté, dit-il, pour exprimer une modification pathologique de l'estomac, en apparence très simple, et qui [illegible]. Il voudrait qu'on restreignît l'emploi de ce terme à l'une seulement des modifications de la capacité gastrique.

Il admet donc plusieurs variétés d'ectasies gastriques, qu'il décrit sous les dénominations suivantes : *[illegible]* — *[illegible]* — *Dilatation*.

La distension consiste en une accumulation gazeuse excessive qui [illegible] les parois gastriques, c'est une modification mécanique qui survient par excès absolu de pression intérieure. La conséquence de la distension est dans tous les cas la même : l'estomac se ballonne et remonte vers le diaphragme.

Dans l'[illegible], il y a un simple écartement des parois sans pression intragastrique exagérée ; le relâchement de la paroi musculeuse, amène ipso facto un certain degré d'agrandissement de la cavité gastrique ; autrement dit, c'est la modification dynamique qui constitue ici l'élément essentiel : la modification mécanique, n'est que l'élément accessoire.

[illegible] est d'ailleurs un processus qui comprend plusieurs phases :

1° Dans la première, la contractilité gastrique a encore une certaine puissance et les gaz sont [illegible].

2° Dans la seconde phase, le relâchement musculaire devenu progressivement plus marqué, atteint son maximum.

3° Dans la troisième, [illegible] ayant généralement cessé, les gaz disparaissent et [illegible] survivant à sa cause persiste [illegible] plus ou moins longtemps sans distension.

[illegible] plus bas que l'estomac est plus complète. [illegible] M. Maubran ne croit pas que [illegible] beaucoup [illegible] et [illegible] pour lui les grandes ectasies plus ou moins voisines du pubis n'appartiennent pas à la simple [illegible]. La définition du pro-

fesseur Bouchard « tout estomac qui ne se rétracte pas, quand il est vide, est un estomac dilaté », ne convient précisément qu'à l'atonie, attendu qu'un estomac dilaté peut parfaitement se rétracter si sa musculature est suffisante. Bien que la simple atonie soit souvent un acheminement vers la dilatation par degrés insensibles, il n'y a pas pour cela identité entre l'atonie et la dilatation.

Au contraire il y a entre ces deux états, une différence frappante : dans l'atonie il y a affaiblissement passager ou durable de la contractilité, d'où accroissement plus ou moins grand de la capacité gastrique jusqu'au relâchement paralytique complet qui en pratique n'est jamais observé. L'estomac se fixe dans un état de contractilité inférieure à la normale. Les limites de la stabilité musculaire sont reculées. Dans la dilatation, qu'il y ait ou non faiblesse des fibres contractiles, la cavité a été forcée par suite de pressions répétées, au delà de la résistance ou tension élastique habituelle. En un mot, dans l'atonie, il y a un simple trouble dynamique, le relâchement de la tunique musculaire ; dans la dilatation, ce n'est pas la seule force musculaire qui est épuisée, c'est la totalité des éléments qui composent la paroi, qui ont été forcés audelà des limites antérieures et cela d'une façon définitive : il y a accroissement dans la quantité de tissu qui limite, en surface, la cavité gastrique, il y a lésion organique. Cette lésion organique est une ectasie hyperplasique, probablement de nature conjonctive, peut-être partiellement musculaire. Ainsi modifié l'estomac est dilaté en permanence et il l'est irrévocablement. L'auteur reconnait d'ailleurs qu'en pratique, c'est-à-dire au lit du malade la distinction entre un estomac atonique et un estomac moyennement dilaté, n'est pas toujours facile, bien que leur distinction au point de vue anatomique ne soit pas contestable.

D. AIGRE.

BIBLIOGRAPHIE

Précis d'Anthropologie: par Abel HOVELACQUE et Georges HERVÉ. Bibliothèque anthropologique, 1 volume de 654 pages.— Paris, 1887. Chez Delahaye et Lecrosnier.

« L'homme, considéré non plus en soi, d'une façon abstraite, mais dans ses rapports avec le reste des etres et comme membre d'un groupe zoologique; les variétés naturelles de ce groupe, c'est-à-dire les races : telles sont les données premières que suppose toute recherche scientifique relative aux phénomènes humains. » Ainsi s'expriment les auteurs dans leur préface; mais ces recherches générales ont donné lieu à un nombre considérable de travaux spéciaux : les condenser, établir les points principaux, tracer les grandes lignes, faire, en un mot, un travail d'ensemble, résumant les travaux de détail, tel est le but que se sont proposés les auteurs, et on peut dire qu'ils y ont parfaitement réussi. Ils ont groupé les innombrables matériaux qu'ils avaient à utiliser en quatre grands chapitres : le premier, consacré à l'anthropologie zoologique, comprend l'étude comparée de l'homme et des animaux voisins, la discussion des hypothèses émises sur son origine, la valeur des races humaines au point de vue de l'histoire naturelle générale. Ce chapitre se subdivise en chapitres secondaires où, avec une lucidité parfaite, une impartialité absolue, puisqu'elle est basée uniquement sur les faits, les auteurs exposent et discutent les multiples théories émises sur chaque point spécial. Le parallèle de l'homme et du singe, par exemple est traité avec le soin que l'on retrouve, d'ailleurs, dans le reste de l'ouvrage. Successivement le lecteur trouve une étude minutieuse et comparative du crâne dans tous ses détails, de la face, du tronc, des membres puis des viscères, et enfin des systèmes circulatoires et nerveux chez l'homme et chez les singes, particulièrement chez les anthropoïdes. Après cette remarquable étude d'anatomie comparée, MM. Hovelacque et Hervé passent à la discussion des diverses opinions touchant l'origine de l'homme. Ils démontrent d'abord ce qu'avait de trop absolu et de souvent inexplicable la théorie du transformisme monogénique d'Haeckel, de Büchner. En effet, une des grosses et insurmontables difficultés de cette hypothèse réside dans l'absence de faits démonstratifs pour permettre de comprendre le pourquoi et le comment des différences existant entre les diverses races humaines par les mécanismes variés mis en lumière par Darwin, ses prédécesseurs et ses continuateurs. L'action des milieux, la sélection sexuelle, par exemple, ne peuvent expliquer la production des variations qui existent entre les races humaines. Dans les limites de l'observation scientifique, les types anthropologiques se montrent permanents ; il est facile de le prouver par l'étude de divers points particuliers, tels que la coloration des téguments, la taille. Jamais on n'a pu démontrer le passage d'une race à une autre, jamais on n'a pu saisir l'évolution des caractères anthropologiques d'une race sous l'influence seule des milieux extérieurs, de la sélection, etc. Il faut alors admettre l'hypothèse que l'action des causes modificatrices a cessé de se manifester dès que les races ont été différenciées. Les auteurs se rattachent bien plus volontiers à la théorie du *transformisme polygénique,* qui admet « que l'évolution organique ne s'est pas faite d'une seule venue, mais en différents points de l'espace et à plusieurs moments de la durée. » C'est ainsi qu'il est plus rationnel d'admettre qu'à l'époque miocène il existait déjà des anthropoïdes d'une évolution plus avancée que celle d'autres anthropoïdes, ancêtres encore bien éloignés des divers singes actuels. Ces premiers anthropoïdes, que l'on peut considérer comme les ancêtres de l'homme, formaient probablement déjà « plusieurs groupes, plusieurs espèces, et même plusieurs genres différents à habitats séparés et dérivant eux-mêmes d'autant de formes distinctes de singes pithéciens. Ainsi s'expliquerait, par la pluralité des origines, la diversité des types humains. » Ce n'est qu'au commencement de l'époque quaternaire, peut-être à la fin du pliocène, que l'homme apparut complètement constitué. Quant aux points d'apparition, les auteurs en admettent au moins quatre correspondant aux régions établies par Wallace pour les faunes et les flores.

Dans une seconde partie, nous trouvons une étude non moins détaillée des multiples caractères dont l'etude d'ensemble constitue l'anthropologie ethnique. Dans la première partie de l'ouvrage, les auteurs ont comparé successivement toutes les parties du squelette, la musculature, puis les divers systèmes organiques de l'homme aux similaires des anthropoïdes et des divers singes, afin d'établir nettement la position que l'homme doit occuper dans la classification naturelle. Dans ce chapitre, ils reprennent un à un ces divers points et les étudient dans les diverses races humaines. Des tableaux résument les nombreux chiffres indiqués et permettent de comparer des mensurations pratiquées chez un grand nombre de types humains avec les similaires obtenues sur les anthropoïdes. Nous ne pouvons entrer dans le détail des subdivisions de ce vaste chapitre présentant, sous une forme très concise, un nombre considérable de faits et d'innombrables indications toujours accompagnées de la mention de leur origine. — Un court, mais très suffisant chapitre, est consacré à l'anthropologie préhistorique; il sert de transition pour passer de l'étude anatomique à l'étude ethnographique de l'espèce humaine. C'est là un vrai traité d'ethnographie dans lequel MM. Hovelacque et Hervé étudient à grands traits tous les caractères qui caractérisent les diverses races aussi bien au point de vue anatomique qu'au point de vue biologique, social ou industriel. Il se termine par le très intéressant exposé des diverses classifications qui ont été proposées pour classer les races humaines et qui se basaient en général sur un seul caractère, parfois aussi spécial que la chevelure ou le nez. Les auteurs pensent que la classification doit tenir compte d'un bien plus grand nombre d'éléments, et, qu'en somme il est plus sage de s'abstenir de toute classification d'ensemble, celle-ci n'étant, en somme, qu'un groupement factice ne correspondant pas à une réalité objective. En terminant, les auteurs résument, dans un curieux chapitre, l'évolution ethnographique de l'homme; c'est le complément des autres parties de l'ouvrage, où son évolution anatomique a été analysée par comparaison avec les anthropoïdes, puis ses diverses, variétés étudiées depuis le passé lointain de la préhistoire jusqu'à nos jours.

Nous espérons avoir, par ces quelques lignes, pu donner une idée de cet très intéressant ouvrage : on voit qu'il est conçu suivant un plan tout particulier et qu'il peut parfaitement tenir sa place à côté des diverses publications anthropologiques d'ensemble déjà parues. Nous avons déjà insisté sur les qua-

lités maîtresses de cet ouvrage : érudition, clarté, méthode, et. avec cela, très grande facilité de lecture. C'est donc à la fois un excellent livre d'instruction et un très commode memento où abondent les indications bibliographiques. C'est également une œuvre où l'on retrouve souvent une note toute personnelle, qui en fait aussi un vrai ouvrage de critique scientifique. Peut-on faire d'un livre un meilleur éloge ; d'ailleurs dû à la plume de tels auteurs, il ne pouvait être autre. L. CAPITAN.

Traité de pathologie chirurgicale spéciale ; par Fr. KŒNIG. Traduction de J. COMTE. (T. I, 2e fasc.). — Lecrosnier et Babé, éditeurs, Paris, 1888.

Le deuxième fascicule du tome premier du Traité de pathologie chirurgicale de Fr. Kœnig vient de paraître. Nous avons déjà dit ce que nous pensions de cet important ouvrage, indiqué le plan qui y était suivi, et la façon dont les questions principales de la chirurgie y sont traitées. Nous renvoyons le lecteur à notre analyse du premier fascicule. Celui dont il s'agit aujourd'hui comprend : d'abord la fin des maladies du maxillaire inférieur, celles des dents, de la voûte palatine, des amygdales, de la langue, des glandes salivaires et de l'oreille externe seule. La fin est réservée aux lésions du cou et à celles du pharynx, du corps thyroïde du larynx et de la trachée. Certaines questions sont décrites avec détails, par exemple le goitre ; les moins importantes sont avec raison très résumées. Comme dans la première partie de cet ouvrage, l'auteur insiste sur le traitement chirurgical de chaque affection. C'est ainsi que pour les plaies des vaisseaux artériels du cou, il décrit les ligatures des artères de cette région, que pour le goître il indique à quel manuel opératoire il faut donner la préférence, etc. La trachéotomie occupe tout un chapitre qu'on lira avec intérêt, mais qui ne ressemble en rien aux chapitres des ouvrages français se rapportant à cette opération. M. B.

VARIA

La maladie de l'empereur Frédéric III.

L'Empereur Frédéric III a succombé le 15 juin dernier, après une maladie d'une année et demie pendant laquelle de nombreuses discussions se sont élevées, non-seulement entre les médecins traitants, mais aussi entre les membres de la presse médicale de tous les pays.

La mort, loin d'arrêter les misérables querelles des notabilités médicales appelées à soigner l'Empereur, n'a fait qu'aviver l'implacable haine que semblent avoir vouée à Morell-Mackenzie ses confrères allemands, jaloux d'avoir vu confier à un étranger le soin et la direction du traitement. Le gouvernement impérial d'Allemagne a même ordonné la publication des renseignements fournis par une partie des médecins traitants ; mais ces documents sont bien plutôt le récit des disputes entre les docteurs allemands et leur confrère anglais que l'histoire scientifique de la maladie de Frédéric. Tout médecin soucieux de la dignité et de la confraternité médicale ne peut être que profondément attristé par la lecture de ce rapport, qui n'est qu'un véritable réquisitoire contre Morell-Mackenzie. Sans prendre parti pour notre honorable confrère anglais, louons-le de ne pas avoir cherché à envenimer cette querelle, et espérons, pour l'honneur du corps médical, qu'il saura tenir la promesse qu'il a faite à son arrivée en Angleterre : « S'il y a eu des divergences personnelles entre les médecins du défunt empereur et moi, a-t-il dit, ce doit être aujourd'hui chose du passé, et j'aurais grand tort d'agiter cette question. » Au reste, il suffit déjà de se reporter à ses ouvrages et aux documents qu'il a communiqués à ses confrères, pour connaître les raisons sur lequelles il s'est basé pour établir son diagnostic et pour instituer son traitement.

Nous n'avons pas la prétention de donner ici la traduction du mémoire des médecins allemands ; nous nous contenterons de résumer aussi fidèlement que possible et par ordre de date les rapports, mémoires et documents publiés par les médecins traitants et communiqués au monde savant. C'est ainsi que nous utiliserons la brochure intitulée : *La maladie de l'empereur Frédéric III, d'après les sources officieuses et les rapports déposés au ministère de la maison impériale par les professeurs Barbeleden, Bergmann, Gerhardt, Kussmaul, Schrotter, Toblod et Waldeyer et par le Dr Bramann, Landgraf et Moritz Schmidt* (1) ; nous nous servirons de même de la communication faite par Virchow le 16 novembre 1887 à la Société de médecine berlinoise *sur la maladie du Kronprinz au point de vue histologique* et de son rapport publié le 29 janvier 1888 sur l'*examen d'un fragment provenant du larynx* ; nous aurons aussi recours aux deux documents officiels de Mackenzie : le compte-rendu sur *la cause de la maladie de Son Altesse Impériale le Kronprinz, pendant que celui-ci était exclusivement soigné par Mackenzie* (novembre 1887), et la *Maladie du Kronprinz* (San Remo, 12 février 1888).

C'est, vers la fin de 1886, que le Kronprinz aurait commencé à éprouver une grande susceptibilité du côté du larynx ; on attribua ce phénomène à des refroidissements. D'après le rapport des médecins allemands, le prince aurait présenté, dans le mois de janvier 1887, quelques troubles du côté de la voix, qu'on attribua à la fatigue produite par les nombreuses allocutions que le prince avait prononcées. Jusque là le Dr Wegner, médecin ordinaire du Kronprinz, croyait qu'il s'agissait d'un *enrouement catarrhal*. Cette affection, résistant à toutes les médications anticatarrhales et la situation empirant toujours, le Dr Gerhardt, professeur à l'université de Berlin, fut appelé le 6 mars, pour procéder à l'examen laryngoscopique du malade, en présence du Dr Wegner. Il constata alors une légère rougeur, des rubans vocaux et de plus, sur le bord de la corde vocale gauche, près de son insertion postérieure, une tumeur pâle, à surface inégale, de quatre millimètres de longueur sur deux millimètres de hauteur. Cette petite saillie qui n'apparaissait qu'au moment de l'écartement des cordes vocales n'empêchait nullement leurs mouvements ; elle rappelait assez bien l'aspect des polypes du larynx. Aussi le Dr Gerhardt proposa-t-il de l'enlever au moyen d'une anse de fil de fer. Après avoir habitué le malade au contact des instruments et lui avoir anesthésié le larynx avec une solution de cocaïne, il essaya de l'exciser ; à peine put-il extraire une petite parcelle de la tumeur, car l'anse glissait sur elle, vu sa dureté et sa large base d'implantation. De plus, le malade se plaignait de douleurs en tirant la langue. Voyant qu'il ne pouvait employer l'anse galvanique, il résolut alors de détruire le néoplasme par des cautérisations réitérées au moyen du galvanocautère. Le 14, cautérisation profonde avec un fil de platine chauffé au rouge ; les 16 et 18 nouvelles cautérisations qui amenèrent une amélioration considérable de la voix, pendant quelques heures, quoi qu'elle restât toujours enrouée. Les cautérisations sont interrompues du 18 au 26 pendant les fêtes destinées à célébrer l'anniversaire de la naissance de l'Empereur Guillaume; puis elles sont reprises les 26, 27 et 29, puis tous les jours jusqu'au 7 avril, au moyen d'un galvanocautère plat. A ce moment (9 avril), la douleur à la déglutition ou odynophagie, qui survenait rarement et par accès, avait diminué d'intensité, mais par contre elle était devenue continuelle. L'examen laryngospique permit de constater que la rougeur généralisée de la corde vocale n'avait pas disparu, et qu'à la place de la tumeur actuellement détruite il existait une surface, granuleuse et rougeâtre, se continuant sur la face inférieure de la corde ; en outre, le bord de la corde vocale, présentait une légère concavité au niveau de l'extrémité antérieure de cette partie granuleuse.

Déjà Gerhardt commençait à soupçonner que l'affection du Kronprinz était de nature maligne ; le siège insolite de la tumeur, qui occupait la partie postérieure du larynx (les tumeurs bénignes, au contraire, se trouvent généralement dans la partie antérieure), sa large base d'implantation, sa dureté, son épaisseur, son extension dans le sens de la largeur, sa tendance à se reproduire rapidement, après chaque cautérisation, ce qui exigea un grand nombre de séances de galvanocaustie, pour obtenir la destruction complète, l'état stationnaire de la plaie consécutive à la brûlure, la persistance de l'enrouement et l'odynophagie, malgré l'ablation de la tumeur, l'âge du malade, l'absence des antécédents tuberculeux et

(1) N'ont pas signé ce document les Drs Wegner, Virchow, Senator, Schrader, Leyden, Krause et Lauer.

syphilitiques, dit le rapport du Dr Gerhardt, auquel nous empruntons tous ces détails, ainsi que l'existence de la diathèse cancéreuse, dans la famille impériale, ajouterons-nous, tout cela engagea le Dr Gerhardt à faire part de ces craintes au Dr Wegner, dès le commencement d'avril.

C'est alors qu'ils se décidèrent à envoyer le prince à Ems pendant quelques semaines, tant pour donner à son larynx un repos absolu que pour permettre aux médecins de se prononcer définitivement sur la nature du mal, car si le néoplasme se reproduisait de nouveau et si la mobilité de la corde vocale diminuait, on était en droit de diagnostiquer un cancer de l'organe vocal. L'on ne devrait plus alors se borner à une cure palliative; il faudrait appeler un chirurgien pour pratiquer une opération sérieuse. Au bout d'un mois le prince quitta Ems plus enroué, plus souffrant qu'à son arrivée ; la tumeur s'était reproduite ; elle avait même acquis un volume plus considérable qu'auparavant ; enfin, les mouvements de la corde vocale gauche étaient devenus difficiles à exécuter.

Aussi, dès le 18 mai, le surlendemain du retour du Kronprinz à Postdam, sur les avis de Gerhardt et de Wegner, on appela en consultation les Drs von Bergmann, Schraeder, Tobold et von Lauer. Tous furent d'accord pour confirmer l'existence d'un cancer, en s'appuyant sur les raisons que nous avons données plus haut. Ils émirent l'avis qu'une opération était nécessaire, mais ils furent unanimes à déclarer que toute opération par la bouche devait être rejetée. En se reportant à l'article que nous avons publié récemment dans le *Progrès médical* (1), on lira les raisons détaillées qui nous ont également engagé à opter pour cette méthode, car ce procédé n'a jamais été suivi de succès, à moins que la tumeur ne fut pédiculisée ou insérée sur la partie supérieure de l'épiglotte ; ce sont, en effet, les seuls cas où l'on peut la détruire complètement. Aussi, nos confrères allemands conseillèrent-ils la laryngotomie pour enlever les parties malades. D'après Gerhardt, ils firent ressortir l'innocuité de l'opération, vu les moyens dont dispose la chirurgie moderne et la forte constitution du Kronprinz. « Si nous nous étions trompé, faisait remarquer Bergmann, l'opération n'aurait pas fait de mal à l'auguste malade, mais elle nous aurait éclairé à temps touchant le diagnostic. L'incision du larynx n'aurait pu par elle-même ni mettre la vie en danger, ni troubler les fonctions de la voix ; mais il fallait enlever une partie de la corde vocale et j'ai, par conséquent, dû déclarer que l'opération projetée par moi nuirait pour toujours à la voix. »

Dans son rapport, ce dernier médecin ne fait que confirmer le témoignage précédent de Gerhardt, mais il s'étend plus longuement sur l'opération. « J'ai pratiqué la laryngotomie chez sept malades, dit-il ; tous ont guéri sans complications. D'autres confrères, tels que Rauchfuss, de Saint-Pétersbourg, Kœhler et Volkmann ont obtenu des résultats favorables par ce procédé. Aussi l'on peut dire que la crico-thyrotomie n'est pas plus dangereuse que la trachéotomie. » Bergmann cite quelques faits que nous avons rapportés dans notre travail sur le cancer du larynx, entre autres celui d'un homme de 42 ans, auquel il a enlevé, il y a trois ans, un cancer du larynx au moyen de la laryngotomie et de la résection partielle du thyroïde.

Actuellement cet opéré parle d'une voix enrouée mais parfaitement distincte, sans présenter aucune trace de récidive. Solis-Cohen a également opéré il y a vingt ans, par la laryngotomie, un cancer du larynx et son malade est aujourd'hui bien portant. Kuester a aussi fait, il y a sept ans, une opération semblable pour un néoplasme malin chez un médecin qui depuis l'opération a pu continuer à exercer sa profession ; il n'a conservé que la raucité de la voix. Ainsi l'ablation précoce d'un cancer du larynx, au moyen de la laryngotomie, est un procédé qui ne présente aucun danger ni pour la vie ni pour la voix du malade, lorsque la tumeur est aussi limitée que dans le cas actuel. La voix est altérée bien entendu, elle est rude et enrouée, mais il n'y a pas d'aphonie tant qu'une des cordes vocales reste intacte, comme on peut s'en assurer chez le malade précédent de Bergmann. En pratiquant l'examen laryngoscopique de cet opéré, on voit que pendant la phonation la corde vocale droite dépasse la ligne médiane de la glotte et s'applique à la cicatrice blanche qui occupe la place de la corde vocale gauche sur laquelle s'était développé le cancer. Cette opération, acceptée et pratiquée au moment opportun, ajoute Bergmann, aurait produit une guérison sûre et durable au prix d'une altération de la voix insignifiante par rapport au résultat curatif obtenu et à la gravité de la maladie abandonnée à elle-même.

Mais revenons au rapport de Gerhardt. L'avis des médecins allemands fut partagé par sa famille et le conseil des ministres et le 20 mai tout était prêt pour l'opération qui devait avoir lieu le lendemain lorsqu' arriva M. Morell-Mackenzie, appelé sur la proposition de Wegner par tous les médecins consultants, désireux de couvrir leur responsabilité dans un cas aussi grave au point de vue des raisons d'Etat. Dès le soir de son arrivée à Berlin, les médecins allemands exposèrent à leur confrère anglais le récit de la maladie et le plan opératoire adopté par eux. Après avoir pratiqué l'examen laryngoscopique Mackensie déclara, comme il l'a raconté lui-même dans son rapport du 12 février 1888, que les altérations du larynx présentaient un caractère négatif, c'est-à-dire que l'affection devait être plutôt bénigne que maligne. Sa vraie nature, ajoutait-il, ne peut être déterminée que par l'examen histologique. Tant que le microscope n'aura pas confirmé la nature de l'affection, il s'opposera à toute opération pratiquée par les voies extérieures. Les médecins allemands se rangèrent à l'opinion de leur confrère qui fut chargé d'enlever le morceau de tissu morbide nécessaire à l'examen que Virchow devait pratiquer. Nous devons cependant faire observer que, malgré les résultats de l'examen microscopique, les allemands et principalement Bergmann étaient décidés à conserver leur opinion, en se basant sur les caractères cliniques de l'affection.

Le 21 mai, Mackensie enleva un petit fragment de tissu avec un instrument dont il n'avait pas l'habitude, comme il le dit lui-même dans son rapport. Gerhardt put constater immédiatement après une perte de substance de la face supérieure de la corde vocale gauche, près du bord externe de la tumeur. Virchow, chargé d'examiner la parcelle de tissu enlevé, décrit ainsi le résultat de son observation communiquée le 16 novembre 1887 à la Société de médecine berlinoise, dont il est le président : « Le 20 mai, le Dr Wegner me faisait demander si je voulais procéder à l'examen microscopique d'un fragment de tissu provenant du larynx du prince impérial. Le lendemain, 21 mai, le Dr Wegner, médecin ordinaire du prince, me remettait lui-même à l'Institut pathologique le fragment extirpé, que je préparais devant lui, afin de procéder immédiatement à son étude histologique. Le morceau était très petit, aussi put-il être placé en entier sur un seul porte-objet. Aucune cellule n'a été égarée, par conséquent on ne peut douter que l'examen n'ait été complet. La pièce anatomique est un fragment de tissu constitué sur les couches les plus superficielles de la muqueuse, auxquelles était adhérent en un seul endroit un lambeau un peu irrégulier de tissus plus profonds ; dans toutes ses autres parties, le tissu enlevé était formé par les couches supérieures de tissu élastique. Il n'existait aucun élément hétérogène dans l'épaisseur de la muqueuse. La surface et les papilles de l'épithélium étaient richement vascularisées, ses cellules présentaient une abondante prolifération nucléaire ; de plus, il existait, par places, dans les couches superficielles de la muqueuse des *nids* de cellules épithéliales. En un seul endroit, on remarquait une prolifération plus abondante des cellules épithéliales qui étaient plus volumineuses, opaques et présentaient en divers points des vacuoles et des cellules englobées. *Ainsi il ne s'agissait que d'un simple processus irritatif.* » En faisant cette communication à la Société berlinoise, Virchow fit observer que la seule chose qui put soulever quelques doutes étaient la présence de *nids* de cellules épithéliales. Mais Gerhardt, après avoir examiné la préparation, put se convaincre que ces nids ne dépassaient pas les couches superficielles de la muqueuse. Virchow ajoutait même que ces nids épithéliaux étaient loin d'avoir une importance aussi grande qu'on le croit habituellement, car depuis trois ans il a pu démontrer que l'opinion ancienne, regardant généralement ces nids comme un signe caractéristique du cancer, n'avait plus de valeur depuis qu'on avait vu ces nids apparaître dans d'autres proliférations épithéliales bénignes. Dans leur rapport

(1) Le *Progrès médical*, 1888, n° [illegible], page 114.

les médecins allemands disent que Virchow déclara qu'il lui était difficile de se prononcer, mais qu'il pensait être en présence d'un cas de pachydermie laryngée. Il se pourrait aussi, fait-il dire à Virchow, que la partie extirpée n'appartînt pas à la région malade. Or, dans sa communication, Virchow dit que le fragment qu'on lui avait remis provenait de la corde vocale gauche.

Deux jours après, le 28 mai, Mackenzie tentait d'enlever de nouveau un fragment de la tumeur au moyen d'une pince tranchante assez volumineuse. « Je le vis alors, dit Gerhardt, sortir la pince de sa poche et l'introduire dans le larynx du malade sans avoir pris le soin de la désinfecter préalablement. Pendant l'introduction de l'instrument, la lumière reçue par le miroir frontal était projetée sur la joue de l'opéré au lieu de tomber dans la bouche. » La pince fut retirée, sinon vide, du moins elle n'entraîna avec elle qu'un petit lambeau de muqueuse et cela après plusieurs tentatives infructueuses. Cette opération faite et le Dr *Mackenzie étant parti*, les Drs Gerhardt et Wegner eurent la curiosité d'examiner le larynx. Ils constatèrent que les deux cordes vocales étaient fortement tuméfiées et que la corde droite, saine jusque-là, était recouverte de sang dans toute son étendue et présentait vers la partie moyenne une tuméfaction rouge-noirâtre qui faisait saillie dans la glotte. Ils attribuèrent cet accident à la mauvaise direction du rayon lumineux pendant l'opération, ce qui n'aurait pas permis à Mackenzie de bien diriger sa pince, de sorte qu'il avait pris un fragment de la corde vocale droite au lieu de saisir la tumeur à gauche. Le Dr Gerhardt courut chez Mackenzie qui s'apprêtait à partir pour Londres et lui dit qu'il avait lésé avec sa pince la corde vocale droite encore saine. Le médecin anglais aurait répondu à son confrère que cela était possible et qu'il différait son départ. Tel est du moins le récit des médecins allemands. Ceux-ci ajoutent que depuis ce moment le prince qui, bien qu'enroué, n'avait jamais été aphone pendant plus de trois heures, perdit complètement la voix pour plusieurs semaines. Faisons remarquer que Mackenzie nie ce fait dans une conversation qu'il eut avec un médecin, le 16 juillet 1888. « Je n'ai pas saisi la corde vocale droite au lieu de la tumeur, et je ne crois pas que cet accident soit possible avec les instruments que j'ai employés. »

Cependant le rapport allemand fait remarquer que le 15 mai, dans une nouvelle consultation, les Drs Bergmann et Tobold reconnurent, par l'examen laryngoscopique, que la corde vocale droite avait été blessée à sa partie moyenne.

Pendant ce temps, fort des résultats fournis par l'examen histologique, Mackenzie continuait à s'élever contre toute opération de laryngotomie ou d'ablation de parties du larynx. Il affirmait même sur l'honneur et avec la plus grande assurance, dit le rapport, que le prince héréditaire d'Allemagne guérirait assez rapidement en enlevant la tumeur par la voie buccale et en la cautérisant consécutivement au moyen du galvano-cautère. Il promettait même de rétablir la voix par ce traitement.

Le 8 juin, en l'absence de Gerhardt, Mackenzie enlevait deux fragments de la tumeur qu'il faisait parvenir à Virchow par l'intermédiaire du Dr Wegner. Voici quel fut le résultat de l'examen histologique.

« Les deux petites pièces, dit Virchow, toujours dans sa communication du 10 novembre, présentent l'apparence de tumeurs papillaires grossièrement granuleuses. Leur surface est cendrée, leur aspect glandulaire, blanc-bleuâtre, luisant et légèrement transparent. On remarque que les parties qui ont été exposées au cachou, ont une coloration plus foncée et une consistance plus granuleuse. Les coupes histologiques sont légèrement ratatinées et recouvertes en partie par leurs bords renversés. Elles sont constituées par un tissu mou et fibrillaire. De ces deux pièces, la plus grande a 3 millimètres de hauteur sur 25 millimètres de largeur, tandis que la petite n'a qu'un diamètre de 2 millimètres. Avant l'excision, ces tumeurs avaient des dimensions plus considérables que la rétraction leur a fait perdre. » Ayant exprimé le désir d'être renseigné sur la disposition de ces deux fragments par rapport au morceau précédemment examiné, Virchow reçut cette réponse que la situation réciproque des morceaux enlevés ne pouvait être déterminée exactement. Toutefois, par l'examen de la muqueuse et du tissu sous-jacent, Virchow put conclure qu'ils provenaient du tiers postérieur de la face supérieure de la corde vocale gauche et probablement de la région du cartilage aryténoïde. Voici le résultat histologique qui, selon Virchow, confirma en tous points le diagnostic fait sur le seul aspect extérieur : « Des cellules épithéliales pavimenteuses stratifiées forment un recouvrement très épais à la surface de la muqueuse : beaucoup d'entre elles renferment de gros noyaux gélatineux. On remarque par ci par là des nids de cellules disposés en couches concentriques. Au-dessous de la muqueuse, on trouve plusieurs couches de cellules cylindriques non ciliées reposant directement sur le tissu conjonctif. La couche du tissu conjonctif de la muqueuse laisse voir à sa surface de larges excroissances papillaires contenant, outre les éléments du tissu conjonctif, des anses vasculaires plus ou moins considérables. Tous les autres éléments de la muqueuse sont sains, les proliférations nucléaire et cellulaire sont peu marquées et les vaisseaux peu dilatés. Les deux coupes comprenaient la muqueuse et la sous-muqueuse. Aussi constatait-on, à côté du tissu conjonctif, avec de nombreuses fibres élastiques, un grand nombre de tissus nerveux, composés de 1 à 6 fibres, et les ramifications de ces nerfs, ainsi que des petites artères et veines. On voyait aussi par places des amas de glandes muqueuses. Mackenzie a donc atteint les parties profondes au-dessous de la muqueuse. Ainsi, à l'examen histologique, on ne trouve aucune altération notable des tissus, si ce n'est de la surface épithéliale. Donc on peut conclure que la maladie du prince est une *pachydermie verruqueuse*, avec des prolongements papillaires, improprement appelés papillomes. Aucun de ces éléments ne se prolonge dans l'intérieur de la muqueuse. Toutefois ces altérations indiquent que l'affection a fait un pas en avant depuis le 21 mai. En effet, à ce moment, on n'avait trouvé que de très légères altérations cicatricielles, appartenant probablement à la périphérie du foyer morbide ; aujourd'hui une partie plus centrale est atteinte. Malgré cela, la nature saine des tissus à la surface des sections, permet quand même de *poser un pronostic bien favorable*. Mais cette opinion peut-elle aussi être admise par rapport à la maladie dans sa totalité ? On ne peut cependant pas répondre avec certitude à cette question par l'examen des deux fragments extirpés qui, en tous cas, ne présentent *rien qui puisse faire penser à une affection plus sérieuse*. » Dans sa communication à la Société de médecine berlinoise, où il rapporte le résultat de cet examen, Virchow fait remarquer qu'il avait fait alors son possible pour laisser entrevoir à tout lecteur compétent que son opinion se basait seulement sur les fragments de tissu qu'on lui avait remis et non sur la totalité de la tumeur. « En effet, ajoute-t-il, dans un document médical destiné à être présenté aux plus hautes personnalités de l'Empire, je ne pouvais pas dire qu'*il est possible qu'un cancer existe à côté de cela*. Les hommes compétents, en lisant la note que j'ai publiée, devaient se dire que mon avis n'excluait nullement la possibilité d'un cancer. »

Toutefois le résultat de l'examen histologique de la tumeur confirma Morell-Mackenzie dans son idée que la tumeur du prince n'était autre qu'une pachydermie verruqueuse. Voici comment Gerhardt s'exprime à ce sujet : « Pour Mackenzie, il ne s'agissait pas d'un cancer, mais d'une pachydermie du larynx, maladie si rare, ajoute le médecin allemand, qu'on n'en trouve aucune description dans les auteurs, pas plus dans le livre de Virchow sur les tumeurs que dans l'ouvrage de Mackenzie sur les maladies du larynx. » Les médecins allemands s'élèvent contre l'opinion de Mackenzie, mais celui-ci persiste dans son diagnostic et parvient même à faire partager ses idées par l'auguste malade et son entourage.

Déjà, sans qu'on en connût la raison exacte, le départ du prince pour l'Angleterre était décidé. Mackenzie seul est initié au plan de ce voyage. Le 1er juin, Gerhardt, Wegner, Lauer, Bergmann, Schrader, et Tobold qui n'ont pas été consultés à ce sujet, essaient de s'opposer au départ du Kronprinz pour l'Angleterre. Bergmann déclare que l'air de l'île de Wight et la climatothérapie en général ne pourraient avoir aucune influence heureuse sur la maladie du kronprinz. Ne pouvant faire revenir Frédéric sur son projet, ils demandent qu'au moins le docteur Gerhardt l'accompagne afin d'examiner jour-

ne[illegible] de contrôler le traitement de Mackenzie, de s'assurer si on envoyait bien à Virchow les fragments enlevés et de dire si la laryngotomie devenait nécessaire. Leur demande fut rejetée. Enfin après beaucoup de démarches, ils purent obtenir qu'un de leurs compatriotes, le docteur Landgraf ferait partie de la suite du Kronprinz. Avant de partir Landgraf va trouver Gerhardt afin de recevoir ses conseils et ses instructions, mais Gerhardt refuse de lui donner son appréciation sur la nature du mal; il le renvoie à Wegner pour prendre ses instructions.

Avant le départ du prince il est entendu que le traitement de Mackenzie sera suivi jusqu'au jour où l'examen histologique aura révélé la nature cancéreuse du mal; toutefois si la tumeur augmente de volume, on pratiquera la laryngotomie et l'on enverra de nouveau au professeur Virchow une parcelle du néoplasme.

Les rapports que le docteur Landgraf envoya à Berlin ont toujours été en contradiction avec les nouvelles optimistes que les journaux britanniques tant médicaux que politiques, publiaient sur l'état du Kronprinz pendant son séjour en Angleterre [illegible]. C'est ainsi que, d'après Landgraf, le 18 juin, la corde vocale droite est rouge et tuméfiée, ainsi qu'excavée sur son bord; de plus il existe une petite tumeur sur la corde vocale [illegible] que Mackenzie dit n'avoir pas constaté [illegible], à cette date il n'y a ni congestion, ni défaut sur la corde vocale droite.

Le [illegible] juin Mackenzie fait une nouvelle ablation de la tumeur. A la suite de cette opération, l'examen laryngoscopique est pratiqué par le Dr Landgraf (1er juillet). Rougeur de l'intérieur du larynx, plus d'excavation sur le bord de la corde vocale droite, plus de tumeur de la corde vocale gauche, mais tuméfaction bien nette d'aspect jaune-grisâtre sur la paroi postérieure du cartilage aryténoïde (*Berl. kl. Woch.*, 21 nov. 1887).

La tumeur enlevée par Mackensie est adressée par M. Harwood à Virchow qui la reçut le 1[illegible] juillet par l'intermédiaire de Wegner et des mains d'un envoyé spécial. Ce fragment provenant du tiers postérieur de la face supérieure de la corde vocale gauche était légèrement ratatiné par suite de son séjour dans l'alcool absolu. Il présentait une base plate et avait une forme ovalaire de 5 millimètres de longueur sur 3 millimètres de largeur. Sur sa base existait un corps hémisphérique granuleux ayant environ 2 millimètres de haut. Sa surface était colorée faiblement en gris-rougeâtre, tandis que sa base offrait une coloration bleu-foncée qui était due à l'action d'une préparation de fer comme il était facile de s'en convaincre par l'addition de l'acide chlorhydrique. Sous l'influence de cet agent, la surface de la tumeur prenait une coloration jaunâtre; une goutte d'une solution de cyanure de potassium l'y rendait de couleur bleue. On pouvait obtenir les mêmes réactions à la surface convexe de la tumeur qui était pâle et non colorée en cet endroit: mais ces réactions y étaient moins nettes. La préparation ferrugineuse avait donc agi sur toute la surface du néoplasme, mais les seules parties couvertes avaient conservé la coloration noirâtre, tandis que les parties exposées s'étaient décolorées, et la base aplatie correspondait à la paroi du larynx, quoique sa coloration noire due à l'action du fer pût faire supposer le contraire. On put aussi constater que la base aplatie était uniquement formée d'un certain nombre d'excroissances papillaires, arrondies, et, qu'au milieu de cette base, vers son axe longitudinal, se trouvait une incision blanchâtre, large d'un millimètre et presque entièrement recouverte par les excroissances papillaires environnantes. Enfin, l'examen histologique démontra que ces mêmes excroissances se trouvaient en grande abondance à la surface du fragment; et qu'une lamelle de tissu superficiel normal existait dans le voisinage immédiat de la section. Des éléments épithéliaux stratifiés, durs et aplatis à leur surface, constituaient presque complètement le tissu des papilles. Le stroma conjonctif était fin et vascularisé. La surface des sections était formé par un tissu irrégulier, mou et peu vasculaire. Cette fois, les tissus [illegible] la section faite par l'instrument de Mackenzie ayant été sans doute beaucoup plus superficielle. Vu la petite quantité du tissu et son peu d'étendue en profondeur, Virchow ne put émettre une opinion sur la constitution des parties. Le fragment n'offrait cependant pas ni structure alvéolaire, ni pénétration des masses épithéliales. Il consistait en tissu conjonctif fin et délicat, renfermant des éléments en prolifération à la surface [illegible]. Aussi, Virchow concluait-il que le fragment extirpé était une verrue dure, développée sur une surface modérément irritée, épaissie, et dont la base n'offrait aucun caractère permettant de supposer l'existence d'une néoplasie des tissus [illegible].

D'après le rapport des médecins allemands, le Dr Landgraf, malgré ses pressantes démarches ne put examiner qu'à de longs intervalles la gorge du Kronprinz. La princesse impériale lui avait cependant exprimé à diverses reprises ses craintes au sujet de la difficulté que le malade éprouvait à avaler. Le 7 août, le Dr Landgraf constate une augmentation de volume de la tumeur et demande une nouvelle consultation des médecins allemands. Mais, malgré l'adhésion du Dr Wegner cette autorisation est refusée. Le 23 août Landgraf constate une aggravation continue du mal malgré les cautérisations quotidiennes de Mackenzie dont on comprend difficilement l'emploi exagéré. Le 3 septembre 1887, [illegible] Berlin.

Ce [illegible] du prince en Angleterre [illegible] sert les médecins allemands [illegible] fait remarquer que pendant le temps que le Kronprinz a passé en Angleterre, en Écosse, [illegible] allemands inspirés par Mackenzie n'ont pas cessé d'annoncer une amélioration visible de l'état du malade. D'après Virchow (séance du 16 novembre, [illegible]) quelques renseignements [illegible] que l'ablation de toutes les excroissances [illegible] qu'il ne restait qu'une légère tuméfaction. [illegible] nouvelle tumeur ne s'était développée au point où l'opération avait été faite.

L'opinion publique était momentanément rassurée, lorsqu'au commencement de novembre 1887 Mackenzie, qui avait cru pouvoir quitter son malade, fut rappelé subitement auprès de lui, à San Remo, où il arriva le soir du 6 novembre. Le médecin anglais est inquiet lui-même et désire qu'on appelle d'autres médecins en consultation.

D'après les journaux anglais, à la suite de l'opération subie à la fin de juin, le larynx du Kronprinz avait retrouvé ses fonctions, et le 1[illegible] juillet, le malade essayait sa voix en adressant aux malades de Throat Hospital une allocution qu'on put lire dans les journaux de l'époque. Dans un mémoire destiné à ses collègues, où Mackenzie résume ses observations sur le cours de la maladie de son altesse impériale le Kronprinz pendant qu'il était chargé exclusivement de lui donner ses soins, nous lisons: Après avoir enlevé la tumeur primitive et l'avoir cautérisée au galvano-cautère, il n'y eut pas de récidive locale: par contre, le larynx présentait une congestion généralisée, mais toutefois elle était modérée. Pendant le séjour du prince dans l'île de Wight, le Dr Norris Wolfenden, chargé de soigner quotidiennement l'auguste malade, note un épaississement léger de la muqueuse au niveau de la partie inférieure de la face postérieure du cartilage aryténoïde, observation confirmée par Mackenzie dans une de ses visites hebdomadaires. L'épaississement avait la forme d'une petite saillie d'environ 1[illegible] millimètres; il était de couleur jaunâtre. Il s'étendait horizontalement du bord externe d'un cartilage au bord correspondant de l'autre. Les mouvements de la corde vocale gauche quelque peu diminués ainsi que cela avait été constaté à Berlin ne se sont point modifiés. Mackenzie fait remarquer qu'après l'arrivée du prince en Angleterre on avait noté que son larynx et sa trachée étaient prédisposés aux inflammations catarrhales et aux fluxions passagères. Une fluxion générale des muqueuses [illegible] et laryngienne survint à la suite d'un violent accès de toux. Le malade quitta alors l'île de Wight pour aller séjourner dans les montagnes. Là, la fluxion et le gonflement de la base du cartilage aryténoïde disparurent. Lors du retour du prince à Londres, l'état du larynx était en général satisfaisant; les mouvements de la corde vocale gauche étaient plus libres et la voix plus forte, quoique pourtant elle ne fut pas complètement claire par suite d'une recrudescence légère de la [illegible] au moment du départ de Braemar. L'état général était excellent. Le 9 septembre, on aperçut de nouveau un épaississement surélevé des parties postérieures de la corde vocale gauche qui aug-

menta pendant quelques jours pour disparaître graduellement (18 septembre). Cette tuméfaction avait été précédée pendant quelques jours d'une congestion généralisée.

Le 13 septembre, le Kronprinz subit l'extraction de la deuxième molaire gauche inférieure, à la suite de carie et de périostite alvéolaire assez intense. Le 14 septembre, le prince est à Toblach, en Tyrol. le Dr Mark Howell constate un épaississement allongé de la muqueuse d'environ 5 millimètres de long sur 3 millimètres de large, siégeant à près d'un demi-centimètre au-dessus du milieu de la corde vocale gauche et parallèlement à son bord libre. Cette épaississement augmente peu à peu et le 22 septembre, Mackenzie s'aperçoit qu'il a une forme arrondie d'un demi-centimètre de diamètre. Deux jours plus tard. le prince contracte un refroidissement, et se plaint le lendemain de fatigue, de perte de l'appétit et de somnolence. La température s'élève. L'examen laryngoscopique, montre de l'œdème, du repli aryténo-épiglottique gauche. L'œdème disparait complètement dans les vingt-quatre heures et la température revient à la normale. Bien que l'œdème fût évidemment déterminé par le refroidissement, on se demanda, s'il n'était pas du à une périchondrite circonscrite, accident que Mackenzie redoutait ! Cette tuméfaction aigue, n'eut pas d'influence sur l'épaississement de la corde vocale gauche ; elle diminua progressivement et disparut complétement.

Quelques jours après l'arrivée du prince en Italie, Mackenzie, retournait à Londres ; tout paraissait alors satisfaisant, à l'exception de l'épaississement et de la tuméfaction générale, qui demeurèrent constants. Le 17 octobre, le Dr Mark Howell, s'aperçoit que la tuméfaction augmente, les cordes sont d'un rouge luisant ; cependant la tuméfaction diminue les jours suivants ; mais le 21, la congestion devient plus intense et plus diffuse. Le 27 octobre, Howell, note de nouveau une augmentation de l'épaississement, situé au-dessous de la corde vocale gauche, et en même temps une légère saillie de toute la paroi gauche du larynx. Le gonflement s'accroit pendant les quatre jours suivants et le 31, on constate l'inégalité de la surface et une proéminence nettement accusée en forme d'éperon. Le lendemain, on trouve une ulcération superficielle du néoplasme et la corde gauche, semble un peu épaissie, le long de son bord libre.

Le 28, la voix est tout à fait claire et naturelle, comme le dit le prince lui-même, mais à partir de ce jour, elle devient très enrouée. Le 30 octobre, nouveau gonflement rougeâtre au-dessous de la corde vocale droite, pendant 2 ou 3 jours ; il n'existait plus le 5 novembre. Le 1er novembre, on trouve que la glande sous maxillaire gauche, est tuméfiée. Le 3 novembre, le néoplasme se développe davantage, si bien qu'actuellement, il a environ 4 millimètres de hauteur sur 1 centimètre d'épaisseur ; depuis lors il continue à s'accroître. Pendant la matinée du 4, la base du cartilage aryténoïde gauche est un peu œdématiée. Dans l'après-midi du 8, apparut un œdème considérable de la muqueuse du cartilage de Santorini gauche et le soir tout le ventricule était rouge, infiltré et œdématié. Dès le 6, Schrœtter et Krause, examinent le malade; mais ils ne peuvent se rendre exactement compte du développement de la tumeur car l'œdème empêche de voir ses parties inférieures. Toutefois le 10, l'œdème ayant disparu, ces mêmes médecins, et le Dr Moritz Schmidt, purent faire un examen satisfaisant de l'organe. L'œdème est due, dit Mackenzie, à une périchondrite circonscrite, qui s'est développée sous l'influence du néoplasme du larynx. Quoique la nature de la tumeur aperçue en dernier lieu, ne puisse être exactement déterminée, *ce néoplasme présente cependant l'aspect d'un cancer*. Voyons maintenant ce que disent les Allemands. (*A suivre*). J. BARATOUX.

Hôpital français de Londres.

La semaine dernière a été posée la première pierre de l'hôpital français qu'on construit en ce moment à Londres. A ce propos, notre ambassadeur en Angleterre, M. Waddington, a rappelé à la colonie française les origines modestes de l'hôpital ouvert le 21 décembre 1867, grâce à l'initiative du docteur Vintras et d'une vingtaine de ses amis, ayant entre eux réuni un capital de 25.000 fr. A cette époque, l'hôpital était installé dans une petite maison de Lisle street, Leicester square, au milieu du quartier français ; il ne renfermait que seize lits, c'est-à-dire qu'il fut promptement insuffisant. Aussi, en 1878, était-il agrandi pour pouvoir recevoir maintenant trente-cinq malades, hommes, femmes et enfants. M. Waddington a dit que, depuis son ouverture jusqu'au 1er janvier 1888, l'hôpital français a reçu 4.810 malades internes et donné 111.111 consultations à 12.711 malades externes. M. l'ambassadeur de la République française n'a pas omis de constater qu'à l'hôpital français de Londres la mortalité ne dépasse pas 6 0/0. Le budget annuel de l'hôpital est d'environ 75.000 francs, produits par des souscriptions volontaires. Après avoir, au nom de la France, témoigné sa reconnaissance au comité par lequel est administré l'ancien hôpital, aux docteurs A. Vintras, médecin en chef ; J. Keser, médecin accoucheur ; de Meric, chirurgien ; Ch. Higgens, oculiste ; George Hockley, dentiste, et à sir William Mc Cormac, chirurgien en chef et consultant, sans omettre le médecin résident, M. E. N. Joly, non plus que M. F. Sorel, le très sympathique secrétaire adjoint, M. Waddington a expliqué les causes de la transformation de cet hôpital, nécessitée surtout par les misères à secourir et par le besoin d'avoir à Londres un établissement de bienfaisance digne de la France. M. Waddington a mentionné que le terrain sur lequel va s'élever l'hôpital a coûté 175.000 francs et que les dépenses de construction et d'aménagement atteindront près de 500 000 francs, sur lesquels 350.000 francs ont déjà été souscrits. Il a cité les principaux donateurs, le gouvernement français (50.000 francs), etc. Ce nouvel hôpital occupera, dans Shaftesbury avenue, une des plus belles voies de communication du Londres moderne, une superficie de terrain de 5.260 pieds carrés. Il doit être terminé à la fin de 1889, les plans et devis ont été faits par l'architecte, M. Thomas Verity, chargé de la direction et de la surveillance des travaux. Le bâtiment comprendra : un sous-sol pour les cuisines et les domestiques ; un rez-de-chaussée pour les salles de consultation, de pharmacie, d'accidents et de comité. Le premier étage est réservé aux femmes ; les hommes seront au second. Au troisième, on trouvera les salles de maternité, de lecture et un fumoir. Il y aura en tout cinquante-cinq lits. (*Temps*).

Les Hottentots au Jardin d'acclimatation.

Le Jardin Zoologique d'Acclimatation de Paris, continuant la série de ses Exhibitions ethnographiques, présente actuellement à ses visiteurs, une caravane du plus haut intérêt, composée de quatorze Hottentots (7 hommes, 5 femmes, 2 enfants). Par ces exhibitions ethnographiques, dont le Jardin Zoologique d'Acclimatation a comme le monopole, le public apprend à connaître les types les plus divers et les plus rares de l'espèce humaine. Après les Nubiens, nous avons successivement vu défiler, au Jardin d'Acclimatation, les Esquimaux du Pole, les Fuégiens de la Terre de Feu, les Gauchos des Pampas, les Araucans de l'Amérique Occidentale, les Galibis des grands bois de la Guyane, les Kalmoucks des steppes Caspiennes, les Peaux-Rouges des Prairies du Missouri, les Lapons des régions glacées de l'Europe septentrionale, les Cinghalais de l'île féérique de Ceylan, les Achantis de l'Afrique équatoriale. Les nouveaux venus sont originaires de l'Afrique australe.

Le nom de Hottentots est donné à tous les indigènes de la partie méridionale de l'Afrique, située à l'Est et dans le Nord de la Cafrerie. Il vient, dit-on, d'un mot que les naturels prononcent souvent dans leur langue, mais ils se connaissent entre eux sous le nom de Quaïque. Le territoire occupé par la colonie anglaise du Cap, a été, pied à pied, enlevé aux Hottentots. Le nombre de ces naturels diminue de jour en jour, et les quelques familles qui ont su conserver encore leur indépendance vivent réfugiées aux environs de Graaf-Reynet. Elles sont pauvres et misérables. Le sort des esclaves est encore préférable au leur, car leur vie n'est qu'une longue série de privations.

Les Hottentots ont la coutume de ne jamais se marier en dehors de leurs Kraals, ou villages, de sorte que chaque famille forme comme une horde séparée. Avant longtemps, la misère aidant, les Hottentots libres auront complètement disparu. Le type des Hottentots est un des plus dégradés de l'espèce humaine. Les traits du visage sont très caractéristiques. La face est large en haut, presque pointue en bas, les pommettes très saillantes, les machoires [illegible]. Le nez est aplati, la bouche démesurément grande, la chevelure laineuse et courte. La couleur de la peau est d'un jaune caractéristique.

Les hommes n'ont que peu de barbe, leurs membres sont grêles, l'ensemble de leur structure n'annonce pas la force. Les femmes sont ordinairement petites et délicates, leurs seins sont longs et pendants. L'ampleur particulière de leurs fesses est absolument remarquable. Le moulage existant dans les collections anthropologiques du Muséum d'histoire naturelle de Paris, et représentant la femme désignée communément sous le nom de *Vénus hottentote* montre quelles singulières proportions peuvent prendre ces parties charnues dans les femmes de cette race.

Les hommes vont vêtus d'un [illegible] de peau, ont de plus une sorte de pagne attaché sur les reins ; ils ajoutent à ce costume rudimentaire, des bracelets de cuivre ou de graines. Les femmes sont nues jusqu'à la ceinture, leur coquetterie est grande : leur cou et leur

poitrine sont généralement couverts de colliers de verroterie. Elles portent un petit tablier, et sur les reins, une peau qui descend jusqu'aux mollets.

Les Hottentots se servent de l'arc. Leurs flèches sont généralement empoisonnées. Ces populations n'adorent point de dieux; elles ont une sorte de culte pour leurs *saints*, c'est-à-dire pour ceux d'entre eux qui se distinguent par leurs vertus. Comme tous les sauvages, ces indigènes n'ont pas la notion du temps et ne connaissent généralement pas leur age. Les Hottentots camperont au Jardin zoologique d'Acclimatation jusqu'au 30 septembre 1888. Ils ne peuvent manquer d'exciter au plus haut point la curiosité des Parisiens.

7° Congrès ophtalmologique périodique (international à Heidelberg (8—11 août 1888).

En raison de circonstances particulières, la cloture du Congrès doit avoir lieu dès le 11 aout. D'un autre coté, il est impossible d'en abréger la durée, car, sans compter le grand nombre de travaux particuliers déjà annoncés, il est venu s'ajouter un quatrième rapport aux trois primitivement fixés, à savoir un rapport de M. LANDOLT-Paris (Co-rapporteur : M. REYMOND, de Turin) sur les *causes et le traitement du strabisme*. En conséquence on a avancé d'un jour l'ouverture du Congrès; la première séance aura lieu le mercredi 8 aout. Tous les locaux nécessaires pour les séances et pour les réunions intimes sont mis à la disposition du Congrès par l'Université, par les autorités de la ville et par la direction du Musée. Les séances plenières auront lieu à l'*Aula* (salle des fêtes de l'Université). Pour les séances particulières et les démonstrations, des salles spéciales seront mises à la disposition du Congrès dans le bâtiment de l'Université et à la Clinique ophtalmologique. Les membres du Congrès, dont les conférences nécessitent des préparatifs spéciaux, sont priés de s'adresser en temps utile à M. le professeur OTTO BECKER. Les langues officielles du Congrès sont : le français, l'anglais et l'allemand. Il est permis cependant à chaque orateur de se servir de sa propre langue, à condition de donner au bureau un résumé par écrit (conférence ou discussion) dans l'une des trois langues officielles.

Programme. — Mercredi, le 8 aout. 1re Séance : 9 h. du matin. Dans l'*Aula de l'Université. Ouverture du Congrès par un des membres du comité directeur*. Election du Président du congrès et du Bureau. Discours du Président. Conférences particulières. — 2e Séance : 3 heures de l'après-midi. *De l'origine et du traitement du strabisme*. Conférenciers : MM. LANDOLT (Paris) et REYMOND (Turin). — Jeudi, le 9 aout. 3e Séance : 9 heures du matin. *Du glaucôme*. Conférenciers : MM. PRIESTLEY SMITH (Birmingham) et SNELLEN (Utrecht). Discussion. Conférences particulières. — 4e Séance : 3 h. de l'après-midi. Conférences particulières. — Vendredi, le 10 aout. 5e Séance : 8 heures du matin. *De l'opération de la cataracte*. Conférenciers : MM. GAYET (Lyon) et SCHWEIGGER (Berlin). Discussion. Conférences particulières. — 6e Séance : 3 h. de l'après-midi. Conférences particulières. — Samedi, le 11 aout. 7e Séance : 8 heures du matin. *De l'importance de la bactériologie en ophtalmologie*. Conférenciers : MM. LEBER (Gottingue) et SATTLER (Prague). Conférences particulières. — 8e Séance : 3 heures de l'après-midi. Conférences particulières. — Rapports annoncés jusqu'à présent : 1. MM. KNIES (Fribourg) : Démonstration objective des couleurs fondamentales. — 2. COHN (Breslau) : De la photographie du fond de l'œil. — 3. COHN (Breslau) : De la myopie. — 4. MANZ (Fribourg) : Un thème tératologique. — 5. DE WECKER (Paris) : Un nouveau traitement des staphylomes de la cornée. — 6. JAVAL (Paris) : Sur l'ophtalmométrie. — 7. BESSEL-HAGEN (Heidelberg). Un cas d'éburnation dans l'orbite. — 8. BERNHEIMER (Heidelberg) : Du chiasma du nerf optique de l'homme. — 9. ERNST (Heidelberg) : Du bacillus xerosis et de ses spores (Avec démonstrations). — 10. KIPP (Newark N. J.) : Keratitis dentritica exulcerans et ses rapports avec la malaria. — 11. MULES (Manchester) : On Lymph-Naevi of the Eye and its appendages. — 12. GRAND CLÉMENT (Lyon) : Bons effets de la pilocarpine dans ces états mal définis comme sous le nom d'asthénopie de la rétine. — 13. B. ALEX. RANDALL (Philadelphie) : The Statistic of the Refraction of the Eye. — 14. PAGENSTECHER (Wiesbaden) : De l'extraction de la cataracte dans la capsule. — 15. STILLING (Strasbourg) : Des rapports entre la formation du crane et la réfraction. — 16. NIEDEN (Bochum) : Dégénérescence colloïde dans le nerf optique. — 17. KNAPP (New-York) : 1. Opération de la cataracte sans iridectomie. — 18. KNAPP (New-York) : 2. Désignation du méridien dans l'emploi des verres cylindriques. — 19. SNELLEN (Utrecht) : Désignation du méridien dans l'astigmatisme. — 20. ZEHENDER (Rostock) : Deux notices sur l'emploi des lunettes. — 21. K. GROSSMANN (Liverpool) : Nouvel examen du sens chromatique. — 22. C. HESS (Prague) : Communications nouvelles sur la production artificielle de la cataracte sans lésion de la capsule. — 23. SINGER (Prague) : Démonstration de l'entrecroisement des fibres dans le chiasma. — 24. CHIBRET (Clermont-Ferrand) : Etudes de bactériologie pour la détermination d'une antisepsie exacte en ophtalmologie.

Faculté de Médecine de Bordeaux.

Manœuvres et exercices opératoires d'obstétrique.

Lorsqu'en 1878 fut organisée la Faculté de médecine de Bordeaux, le Ministre de l'Instruction publique, réparant un oubli dans le personnel enseignant, délégua d'office M. le Dr Ribemont dans les fonctions d'agrégé, Maître de conférences d'accouchements. Ce jeune maître, aujourd'hui l'un des agrégés les plus distingués de la Faculté de Paris, ne fit que passer, mais non sans avoir jeté un vif éclat sur l'enseignement dont il était chargé.

M. Ribemont ne pouvait être mieux remplacé qu'il ne le fut. A la suite du concours de 1880, M. le Dr Lefour était nommé agrégé et Maître de conférences. Il ne nous appartient pas de faire l'éloge de notre maître; qu'il nous suffise de rappeler que ses leçons, d'abord suivies par une trentaine d'élèves, eurent bientôt dans l'école un succès tel que le nombre des auditeurs, augmentant chaque année, n'a jamais été moindre de cent pendant le semestre d'hiver 1887-1888. C'est que M. Lefour appartient à cette vaillante et brillante Ecole de la Maternité de Paris, dont M. le professeur Tarnier est le Maître aimé et vénéré.

Dès le début de son enseignement à Bordeaux, considérant comme indispensable d'initier les élèves aux difficultés de l'obstétrique opératoire, il voulut instituer ces conférences pratiques qui, déjà, fonctionnaient à Paris avec tant de succès. Immédiatement, des exercices pratiques de palper, de toucher et de manœuvres opératoires, sur un mannequin gracieusement mis à sa disposition, commencèrent sous sa direction. Mais bientôt des obstacles indépendants de sa volonté l'obligèrent, à son grand regret et au détriment de l'instruction des élèves, à y renoncer.

C'était dans l'enseignement de l'obstétrique une lacune que M. Lefour avait toujours à cœur de combler. Mais le modeste budget annuel qui lui est alloué ne lui aurait sans doute pas permis de longtemps de réaliser cette importante amélioration si M. le professeur Pitres, notre sympathique doyen, ne lui était venu en aide. On ne saurait trop rendre hommage, en cette circonstance, à l'esprit élevé du chef de notre Faculté, dont la préoccupation constante est de favoriser, par tous les moyens possibles, le développement des diverses branches de l'enseignement. Grâce à lui, M. Lefour a pu faire l'acquisition d'un mannequin de Budin et Pinard. Quant aux instruments qui constituent le petit arsenal indispensable à la pratique des opérations courantes, ils ont été réunis à l'aide du mince crédit alloué chaque année, ainsi que nous l'avons dit, à la maitrise de conférences, transformée depuis en cours complémentaire d'accouchements.

Le personnel appelé à diriger les exercices opératoires et à les faire répéter par les élèves, n'a pas été une difficulté pour notre maître, tant est grande la sympathie et l'estime dont il jouit parmi nous. Quand il me demanda d'accepter la direction de ces exercices, je le fis avec empressement et reconnaissance; lorsque, pour remplir les fonctions de moniteurs, il s'adressa au corps si distingué de l'internat, il fut tout aussi heureux : MM. Audebert, Daraignez et Rolland, accueillirent avec joie l'honneur de collaborer à ce nouveau et utile rouage de l'enseignement obstétrical.

Pour rendre ces exercices véritablement profitables, il faut des cadavres de fœtus et il en faut beaucoup, pour que tous les élèves, et cela plusieurs fois, puissent faire non seulement les opérations dans lesquelles on se propose de conserver la vie de l'enfant, mais aussi celles dans lesquelles on la sacrifie. M. Lefour, a attendu longtemps avant d'avoir un premier fœtus et c'est là ce qui explique l'époque tardive à laquelle les manœuvres obstétricales ont commencé cet été.

Mais d'ici l'été prochain il sera possible de réunir un grand nombre de cadavres, grâce au merveilleux procédé de conservation de M. le professeur Bouchard.

C'est dans ces conditions qu'ont été inaugurées, le mercredi 27 juin, les manœuvres et exercices opératoires d'obstétrique. M. Lefour, après avoir rappelé les diverses phases par les-

quelles est passée cette partie de l'enseignement, a présenté aux élèves, venus en grand nombre, ses collaborateurs et a indiqué le rôle qu'ils étaient appelés à jouer. Il s'est ensuite efforcé de montrer que les manœuvres et les exercices opératoires d'obstétrique pratiqués sur le mannequin sont le complément indispensable du cours théorique et doivent rendre aux élèves d'éminents services en les mettant à même d'étudier de près les difficultés de la pratique obstétricale et de *se faire la main* aux opérations parfois si délicates que le médecin éloigné des grands centres est appelé, chaque jour, à exécuter.

M. Lefour voudrait, en outre, pour que ces exercices portassent tous les fruits qu'on est en droit d'attendre d'eux, que les élèves signalés par les moniteurs comme parfaitement *rompus* dans la pratique de telle ou telle opération, fussent appelés à faire, à la clinique, cette opération sous la direction et la responsabilité du professeur de clinique.

A l'heure présente, dit M. Lefour, on *voit faire,* dans les cliniques chirurgicales, des amputations, des désarticulations, des résections, etc. ; à la clinique obstétricale, il se fait aussi des opérations, mais *on ne les voit pas;* l'enseignement par les yeux n'existe pas. Il faut, surtout en matière d'opération obstétricale, *mettre la main à la pâte,* pour faire son éducation. Ne voit-on pas tous les jours, par exemple, ce fait absolument immoral, d'un jeune médecin qui, au lendemain de sa réception, sera obligé de faire une application de forceps ou une version, et qu'il n'aura pour se guider, que les souvenirs vagues qui lui sont restés de ses lectures dans les Manuels.

En terminant, M. Lefour a indiqué la façon dont fonctionnerait le service des manœuvres obstétricales. Guidé par cette idée que les élèves devaient répéter souvent la même chose, il a multiplié les séances. Il y aura séance tous les jours. Les élèves étant répartis en trois séries, dirigées chacune par un moniteur, chaque série aura toutes les semaines deux séances d'exercices pratiques. Au commencement de chaque semaine, le directeur des exercices fera une petite conférence sur les matières que les moniteurs auront à faire répéter les jours suivants.

Ce n'est évidemment là qu'une ébauche; nous ne doutons pas néanmoins que les élèves n'en tirent grand avantage. Cela a, sans doute, été déjà si bien compris, que, malgré l'époque avancée de l'année, les inscriptions ont été extrêmement nombreuses. Quoiqu'il en soit, si le succès de cette entreprise ne dépend que du zèle du directeur des exercices et de la bonne volonté des moniteurs, nous croyons pouvoir affirmer qu'il est dès à présent parfaitement assuré (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 8 juillet 1888). Dr M. RIVIÈRE.

Organisation d'un service des consultations à l'hôpital Broussais.

L'une des réformes hospitalières les plus urgentes, à notre avis, c'est la réorganisation complète des *Consultations* qui se font chaque jour dans les hôpitaux de Paris. Bien des fois nous avons exposé nos idées sur ce sujet, soit au Conseil municipal, soit dans les colonnes du *Progrès médical.* Quelques améliorations ont été déjà obtenues, avec plus ou moins de difficulté; nous citerons d'abord l'organisation des consultations à la Salpêtrière — où l'Administration représentée alors par M. Quentin, peu au courant des besoins des hôpitaux, et par M. Brelet, esprit routinier, étroit et opposé à toute réforme, n'en voulait pas sous prétexte qu'il s'agissait d'un hospice. Nous citerons les consultations instituées à l'hospice de Bicêtre par les médecins du quartier des aliénés; — celles de l'hôpital Laënnec, de l'hôpital Bichat, de l'hopital Andral,

Le premier devoir de l'Assistance c'est d'installer des consultations dans tous les établissements hospitaliers, les hospices aussi bien que les hôpitaux. Aussi est-il regrettable qu'elle n'ait pas encore organisé ce service à l'hopital Broussais. Cet établissement est situé rue Didot, dans un quartier populeux, à une distance notable des hôpitaux municipaux les plus voisins (Cochin et Necker), mais contigu à un hôpital catholique à peine terminé, l'hôpital Saint-Joseph, oú fonctionne régulièrement une consultation générale trois fois par semaine et une consultation spéciale pour les maladies du nez, des oreilles et du larynx.

Des raisons très importantes militent donc à l'appui de la création que nous demandons. Aucune objection sérieuse ne peut nous être opposée, car les locaux existent ; les médecins et le chirurgien seront heureux de pouvoir rendre plus de services aux malades. Dans huit jours nous espérons pouvoir dire que la consultation de l'hôpital municipal Broussais est en plein fonctionnement et rivalise avec la consultation de l'hôpital catholique de Saint-Joseph. B.

Le Sulfonal; par le Dr RABBAS (*Berliner klin. Woch.*, 1888, n° 17.)

Les conférences faites par l'auteur à l'asile d'aliénés de Marbourg montrent que le sulfonal (indiqué par le prof. Kast de Fribourg et envoyé au Dr Rabbas par la fabrique Fried. Bayer à Elberfeld) est un *hypnotique.* A la dose de 2 à 3 gr. le sulfonal agit mieux et plus sûrement que l'hydrate d'amylène et le paraldéhyde ; il n'est pas désagréable à prendre et n'exerce aucune influence fâcheuse sur la circulation, la respiration et la digestion. Il produit un sommeil qui dure 6 à 8 heures et au réveil il n'existe pas de malaises; aussi l'emploi de cet hypnotique est-il recommandé par le Dr Rabbas. J. D.

FORMULES

II. — Vomissements incoercibles de la grossesse.

II.— Chlorhydrate de cocaïne	20	gr.
Teinture de Cannelle	10	—
Alcoolat de menthe	10	—
Sirop de lamelle	30	—
Eau de tilleul	140	—

F. s. a. — Potion à prendre par cuillerées à dessert d'heure en heure. (*Gaz. de Gyn.*).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 15 juillet 1888 au samedi 21 juillet 1888, les naissances ont été au nombre de 1234, se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 459 ; illégitimes, 130. Total, 589. — *Sexe féminin :* légitimes, 514, illégitimes, 131. Total, 645.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 15 juillet 1888 au samedi 21 juillet 1888, les décès ont été au nombre de 859, savoir : 458 hommes et 401 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 8, F. 7. T. 15. — Variole : M. 0, F. 1, T. 1. — Rougeole : M. 11, F. 11. T. 22. — Scarlatine : M. 1, F. 2, T. 3. — Coqueluche : M. 2, F. 1. T. 3. — Diphthérie, Croup : M. 15 F. 15, T. 30. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 109, F. 76. T. 185. — Autres tuberculoses : M. 14, F. 9. T. 23. — Tumeurs bénignes : M. 2, F. 4. T. 6. — Tumeurs malignes : M. 19, F. 28. T. 47. — Méningite simple : M. 23, F. 19, T. 42. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 20, F. 12. T. 32. — Paralysie : M. 3, F. 2. T. 5. — Ramollissement cérébral : M. 9, F. 2. T. 11. — Maladies organiques du cœur : M. 13, F. 23. T. 36. — Bronchite aiguë : M. 3, F. 9 T. 12. — Bronchite chronique : M. 9, F. 7. T. 16. — Broncho-Pneumonie : M. 11, F. 10. T. 21. — Pneumonie M. 15. F. 14. T. 29. — Gastro-entérite, biberon : M. 27, F. 24. T. 51. — Gastro-entérite, sein : M. 8, F. 9. T. 17 — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0. F. 1. T. 1. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 5. T. 5. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2. T. 2. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 14, F. 19, T. 33. — Sénilité : M. 3, F. 15. T. 18. — Suicides : M. 13, F. 1, T. 14. — Autres morts violentes : M. 9. F. 3. T. 12. — Autres causes de mort : M. 93, F. 69. T. 162. — Causes restées inconnues : M. 4, F. 1, T. 5.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 92 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 47, illégitimes, 18. Total : 65. — *Sexe féminin :* légitimes, 19; illégitimes, 8. Total : 27.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — Le mercredi 25 juillet 1888 à deux heures et demie, M. COURCHET a soutenu, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse ayant pour sujets : *Recherches sur les Chromoleucites.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours pour le clinicat obstétrical.* Nous apprenons avec plaisir que notre dévoué collaborateur et ami, M. BONNAIRE vient d'être nommé chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine. M. Boissard est nommé chef de clinique adjoint.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Remplacements.* — Pendant les vacances prochaines, MM. les professeurs de clinique seront remplacés par les agrégés dont les noms suivent. *Hôtel-Dieu* : MM. Panas et Richet, par M. Campenon. — *Pitié* : M. Jaccoud, par M. Chauffard, M. Verneuil, par M. Jalaguier. — *Charité*, M. Trélat, par M. Segond. — *Necker* : M. Lefort, par M. [illegible] ; M. Peter, par M. Ballet. — *Enfants malades* : M. Grancher, par M. Hutinel. — *Saint-Louis* : M. Fournier, par M. Quinquaud. — *Salpêtrière* : M. Charcot, par M. Brissaud.

Vacances. — Les vacances officielles commenceront le 30 juillet.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — *Agrégation.* — Par décret du 25 juillet 1888, deux nouvelles places d'agrégés seront mises au concours l'année prochaine, ce qui porte le nombre des places de 29 à [illegible] ces deux places seront comprises dans la section de chirurgie (pathologie externe) et réservées, l'une à la Faculté de Bordeaux, l'autre à celle de Lyon. Nous sommes heureux de voir que les réclamations des deux facultés ci-dessus ont été écoutées au Ministère.

ÉTUDIANTES EN MÉDECINE EN SUISSE. — En Suisse, dans les quatre facultés de médecine Suisses qui admettent les femmes comme élèves, on constate entre les étudiants des deux sexes, la relation numérique suivante : *Berne*, 184 étudiants et 49 étudiantes dont une seule suisse ; *Genève*, 121 étudiants et 8 étudiantes (toutes étrangères) ; *Lausanne*, 1[illegible] étudiants et 1 étudiante (Suisse) ; *Zurich*, 221 étudiants et 44 étudiantes (dont 10 Suisses). Il y a donc actuellement en Suisse 102 femmes qui étudient la médecine. (*Gaz. méd. de l'Est.*)

ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE. — M. CHAPPLAIN, professeur de clinique chirurgicale à ladite école, est nommé, sur sa demande, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire à ladite école, en remplacement de M. Villeneuve, appelé à d'autres fonctions. — M. VILLENEUVE, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire à ladite école, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Chapplain, appelé à d'autres fonctions.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. *Facultés d'Espagne.* — A la suite de concours qui viennent d'avoir lieu ont été désignés pour occuper les chaires de pathologie infantile nouvellement créées : M. le Dr [illegible], pour la Faculté de Barcelone ; M. le Dr Gomez [illegible], pour la Faculté de Valence et M. le Dr Martinez Vargas, pour la Faculté de Grenade.

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours pour le prosectorat.* — L'ouverture du concours aura lieu le 6 août 1886. Les candidats inscrits sont MM. Dumoret, Lyot, Phocas, Rieffel et Sebileau. Les membres du jury sont, sauf modifications ultérieures : MM. Cruveilhier, Horteloup, Peyrot, Richet, Tillaux, Lancereaux et Potain.

HOPITAUX DE LYON. — Les mutations suivantes ont lieu par suite de la sortie de M. le professeur H. Soulier, arrivé au terme de ses fonctions. M. le professeur J. Teissier passe de l'hospice du Perron à l'Hotel-Dieu. M. le professeur A. Renaut passe de l'hôpital de la Croix-Rousse à l'hospice du Perron. — M. le professeur agrégé Wide entre comme titulaire à l'hopital de la Croix-Rousse.

HOSPICES CIVILS DE MARSEILLE. — Un concours pour la nomination à [illegible] places d'élèves en pharmacie sera ouvert le 27 août 1888, à trois heures de l'après-midi, dans l'amphitéatre des concours de l'Hotel-Dieu. Les élèves peuvent se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hotel-Dieu, de [illegible] heures à midi et de trois à cinq heures du soir, jusqu'au 20 août inclusivement.

CRÉMATION. — Une société de crémation vient d'être organisée à [illegible] (Angleterre).

DISTINCTION HONORIFIQUE. — *Légion d'honneur.* — M. le Dr GAUCHÉ, maire de [illegible], est nommé chevalier de la légion d'honneur.

DONS. — M. le Dr [illegible], professeur de clinique thérapeutique à l'Université de Kharkoff, et mort récemment, vient de léguer 50,000 francs pour la création d'un laboratoire de pathologie expérimentale à la Faculté de médecine de Kharkoff.

EPIDÉMIE. — Une épidémie de rougeole assez sérieuse sévit aux environs de Melle (Deux-Sèvres). Il n'y a pas beaucoup de décès.

LES LAPINS D'AUSTRALIE. — Les Australiens, qui ont promis une prime de 625,000 francs à celui qui donnerait un bon moyen de se débarrasser des lapins, viennent d'ouvrir ce fameux concours qui a lieu à Adélaïde. M. Pasteur a délégué trois de ses [illegible], MM. Loir, Germond et Hinds, pour faire expérimenter les effets du choléra des poules. Ce procédé, qui paraissait devoir être merveilleux et qui avait si bien réussi en France, n'a donné aucune espèce de résultat, les microbes s'étant probablement avariés en route. Les lapins inoculés, sont restés tous en bonne santé, tandis qu'ils auraient dû périr en 24 heures. Lors du départ de la malle, les représentants de M. Pasteur se disposaient à augmenter la virulence de leurs microbes par de nouvelles cultures, dans des milieux appropriés. Le 24 avril, la commission a déterminé la marche à suivre dans les expériences qu'elle a divisées en trois séries : 1° Etudier le mode de transmission de la maladie de la poule au lapin et d'un lapin à un autre ; 2° déterminer si la maladie est transmissible aux bestiaux et aux oiseaux autres que les poules ; 3° rechercher si les effets de la maladie sont atténués par des transmissions répétées de lapin à lapin. (*Gazette heb. des sc. méd. de Bordeaux*), N° 30, 1888.)

MUSEUM D'HISTOIRE NATURELLE. *Excursion géologique.* — M. Stanislas MEUNIER, docteur ès-sciences, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera du 5 au 12 août 1888, une excursion géologique publique en Normandie : 1re journée, 5 août, de Paris à Bagnoles (Orne) ; 2e journée, 6 août, de Bagnoles à Condé-sur-Noireau ; 3e journée, 7 août, de Condé à Caen ; 4e journée, 8 août, la vallée de la Laize ; 5e journée, 9 août, de Caen à Trouville ; 6e journée, 10 août, de Trouville à Honfleur ; 7e journée, 11 août, Le Havre ; 8e journée, 12 août, visite du Havre et retour à Paris. — Le rendez-vous à Paris, gare Montparnasse (cour d'en haut), le dimanche 5 août à 8 heures du matin, on prendra le train express pour Bagnoles. Pour profiter de la réduction de 50 p. 0/0 sur le prix des places en chemin de fer, il est indispensable de s'inscrire avant, le 3 août à 4 heures du soir, au Laboratoire de géologie du Jardin des Plantes.

NOMINATIONS. — Parmi les colonels nommés le 9 juillet dernier, nous trouvons le nom d'un de nos confrères, M. Frédéric CANONGE, docteur en médecine, colonel du 139e d'infanterie.

RÉCOMPENSE. — M. le Dr MAILLOT vient d'obtenir une pension de 6.000 fr. à titre de récompense nationale pour les services qu'il a rendus en Algérie (Chambre des Députés).

REVUE SCIENTIFIQUE. *Sommaire du numéro* 3 (21 *juillet* 1888). — La mort par la décapitation, par M. P. LOYE. — L'Atlantide et les Atlantes, par M. VERNEAU. — L'immigration chinoise aux Etats-Unis, par M. D. BELLET. — Astier et une ancienne théorie de la fermentation (1810). — Causerie bibliographique. — Académie des sciences de Paris. — Informations, Correspondance et Chronique. — Inventions, Bibliographie et Bulletin météorologique.

NÉCROLOGIE. — M. Henri DEBRAY, professeur à la Sorbonne, maître de conférences à l'École normale supérieure, membre de l'Académie des sciences vient de mourir. H. Debray semblait appelé à jouir pendant de longues années encore de la situation éminente que sa valeur scientifique lui avait conquise dans le haut enseignement, à l'Institut et dans les nombreuses commissions techniques où l'avait appelé sa compétence indiscutée. Le conseil supérieur de l'instruction publique, le comité consultatif des arts et manufactures, la commission internationale du mètre, le comptaient au nombre de leurs membres les plus respectés et les plus aimés. Les archives de ces conseils renferment ses nombreux rapports. Né à Amiens, le 26 juillet 1827, dans une famille modeste, Debray a dû toute sa carrière à son seul mérite. Entré à l'École normale supérieure en 1847, reçu à l'agrégation en 1850, docteur ès-sciences en 1855, il devint, en 1861, le préparateur de H. Sainte-Claire Deville, dont il resta le collaborateur assidu. A la mort de H. Sainte-Claire Deville, il recueillit l'héritage scientifique de son maître et continua à la Sorbonne et à l'École normale supérieure la tradition d'un enseignement auquel les chimistes français doivent une grande partie de leur renom. En 1876 s'ouvrirent pour lui les portes de l'Académie des sciences. Les travaux scientifiques de H. Debray sont nombreux. Ses recherches sur le métal de l'émeraude, le *glucynium*, sur l'*aluminium*, le *platine* et les métaux qui l'accompagnent, la dissociation, *le molybdène*, etc., sont devenues classiques. — M. le docteur MENU (Jules), de Paris, ancien interne des hopitaux de Paris, reçu en 1871, vient de succomber à l'age de 43 ans. — M. CARREZ, officier de santé, à Paris, vient de mourir à l'age de 34 ans. — M. GARDIEZ, officier de santé, à Ygrandes (Allier). — M. le Dr FRANÇOIS (de Sainte-Sabine). — M. le Dr TOMMASI, professeur de clinique médicale à la Faculté de Naples. — M. le Dr BARBRÉ (de Watreloo, Nord). — M. le Dr HUGO RUHLE, directeur de la clinique médicale à l'Université de Bonn, vient de mourir à 64 ans. Il avait été reçu privat-docent en 1853, professeur extraordinaire à Berlin en 1857, professeur ordinaire à Greifswald en 1859. Il était professeur depuis 1864 à Bonn. — M. le Dr Jul. Lud. BUDGE, professeur d'anatomie à l'Université de Greifswald, mort à 77 ans, le 14 juillet dernier. Un de ses mémoires, *Bewegung der Iris*, a été couronné par l'Académie des sciences de Paris et l'Académie de médecine de Belgique. — M. le Dr E. S. DUCESTER, professeur d'obstétrique à Michigan et à Darmouth. — M. le Dr Ch. de MONTET (de Vevey), décédé à 71 ans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie F. ALCAN, 108, boul. Saint-Germain.

BOUCHARDAT (A. et G.). — Formulaire magistral. Volume in-18 cartonné de 700 pages, broché 3 fr. 50, cart. à l'anglaise : 4 fr.

LAGRANGE (F.). — Physiologie des exercices du corps. Volume in-8 cartonné de 372 pages — Prix : 6 fr.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

BOUVERET (L.). — Traité de l'empyème. Volume in-8 de 892 pages. — Prix : 12 fr.

DESPRÉS (A.). — La chirurgie journalière. Leçons de clinique chirurgicale. Volume in-8 de 854 pages, avec 46 figures. — Prix : 12 fr.

DUVAL (E.). — Traité pratique et clinique d'hydrothérapie. Volume in-8 de 911 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 10 fr.

NUSSBAUM (J. de). — Le pansement antiseptique, ses principes, ses nouvelles méthodes. Manuel pratique. 2e édition, traduite sur la 5e édition allemande, par le Dr E. de la Harpe. Volume in-12 de 360 pages. — Prix : 5 fr.

Librairie O. BERTHIER, 104, boulev. St-Germain.

HUCHARD (H.). — Quand et comment doit-on prescrire la digitale. Volume in-8 de 136 pages. — Paris, 1888.

JANSSENS (E.). — Ville de Bruxelles. — Annuaire démographique et tableaux statistiques des causes de décès. — 1887. — Brochure in-8 de 44 pages et un plan. — Bruxelles, 1888.

JAUMES (A.). — Un incident médico-légal. Brochure in-8 de 12 pages. — Montpellier, 1888. — Imprimerie Boehm.

BOCCOLARI et MANZICRI. — Nuove esperienze di cataforesi elettrica con applicazioni terapeutiche. Brochure in-8 de 14 pages. — Milano, 1888. — F. Vallardi.

LUSTIG (A.). — Sulle cellule epiteliali nella regione olfattiva degli embrioni. Brochure in-8 de 11 pages, avec une planche hors texte. — Torino, 1888. — E. Loescher.

MORSELLI (E.). — In causa di eccitamento alla corruzione. Brochure in-8 de 15 pages. — Torino, 1888. — Tipog. della Camara dei Deputati.

PITFIELD MITCHELL (C.). — Dissolution and evolution and the science of medicine : An attempt to co-ordinate the necessary facts of pathology and to establish the first principles of treatment. Volume in-8 cartonné de 246 pages. — Prix : 16 fr. London, 1888.

TERRIEN (M.). — Traumatisme. — Epilepsie et paralysie générale. — Brochure in-8° de 15 pages. — Paris, 1888. — Imprimerie.

MACKENZIE (M.). — Hygiène des organes de la voix. Traduit d'après la 3e édition anglaise par les Drs BRACHET et GOUPARD. Volume in-8°, cartonné de 225 pages. — Paris, 1888. — Librairie E. Dentu.

BOCCOLARI (A.). — Di un nuovo sfigmomanometro. Brochure in-8° de 6 pages, avec 1 planche. — Modena, 1888. — Vincenzi e Nipoti.

CHINA. — Imperial maritime customs. — II Special series : No 2 — Medical reports, for the half-year ended 31 st. March 1887. 33 ad 33 rd Issue. Brochure in-4° de 41 pages. — London, 1887.— Librairie King and Son.

FLANDREAU (T.-M.). — Thirteenth annual report of the central New-York. Institution for deaf-mutes, at Rome, N. Y., for the year ending september 30, 1887 Brochure in-8° de 6 pages, avec 1 planche. — Rome, V. Y., 1875. — The Troy press C. Y.

FOGLIANI (A.). — Un caso di peripachi-meningite purulenta da carie delle vertebre con mielite acuta secondaria ascendante. Brochure in-8° de 6 pages. — Modena, 1888. — Ripi, Vincenzi.

HAIG (A.). — Beitrag zu der Bezeichung zwischen gewissen Formen von Epilepsie und der Ausscheidung von Harnsaure. Brochure in-8° de 5 pages. — Leipzig, 1888. — Metzger und Wittig.

PEYRANI (C.). — Contribuzione allo studio delle funzioni del Talamo ottico. Brochure in-8° de 32 pages. — Parma, 1887. — L. Battei.

SEGUIN (G.-C.). — A second clinical study of hemianopsia. Cases of Chiasm-Lesion. Demonstration of hemiopic pupillary inaction. Brochure in-8° de 19 pages. — New-York, 1887. — Chez l'auteur.

SORMANI (G.). — Ancora sui neutralizzanti del virus tubercolare. Brochure in-8° de 3 pages. — Paris, 1887. — Universita.

SOARES DE SOUZA (A.-P.). — Estudo clinico da ataxia hereditaria de Friedreich. Brochure in-8° de 126 pages. — Rio-de-Janeiro, 1888. — Imprensa Nacional.

WIGLESWORTH (J.). — On hæmorages and false membranes within the cerebral subdural space, occuring in the insane (including the so-called Pachymeningitis). Brochure in-8° de 15 pages, avec 2 planches hors texte. — Lancashire, 1888 — County Asylum.

WIGLESWORTH (J.). — Peripheral Neuritis in Raynaud's disease (symmetrical gangrene). Brochure in-8° de 9 pages et 1 planche. — Lancashire, 1888. — County Asylum.

Librairie O. DOIN, 8, Place de l'Odéon.

JOAL. — De l'epistaxis genitale. Brochure in-8° de 20 pages.

Librairie LECROSNIER et BABÉ, place de l'Ecole-de-médecine.

DUPAIN (J.-M.). — Etude clinique sur le délire religieux. (Essai de séméiologie). Volume in-8° de 307 pages.

Librairie MEURILLON, 16, rue Serpente.

DUPOUY (Ed.). — Le moyen age médical. Volume in-12 de 372 pages. — Prix : 5 fr.

BOUCHARD (A.). — Etudes biologiques sur les modifications de la circulation, qui suivent immédiatement la naissance. Brochure in-8 de 30 pages, avec 4 figures. — Bordeaux, 1886. — Imprimerie Gounouilhou.

Librairie G. MASSON, 120, boulevard St-Germain.

BATUAUD (J.). — Essai de séméiologie gynécologique. — Des troubles gastriques et en particulier des vomissements d'origine génitale chez la femme, en dehors de la grossesse. Brochure in-8° de 14 pages.

BELLE et LEMOINE. — Traitement de la lypémanie anxieuse. Brochure in-8° de 16 pages. Extrait des *Annales médico-psycologiques.*

BERNHARDT (M.). — Beitrag zur Pathologie der Tabes dorsalis. Brochure in-8° de 4 pages. — Berlin 1888. — Schumacher.

BERNHARDT (M.). — Beitrage zur Pathologie der sogenannten refrigeratorischen Facialislählomungen. Brochure in-8° de 12 pages. — Berlin, 1888. — Schumacher.

LEMOINE (G.). — De l'action de l'antipyrine dans l'épilepsie. Brochure in-8° de 6 pages. — Paris, 1888. — Imprimerie Ed. Rousset.

Librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne.

BESNIER (J.). — De la typhlite stercorale, chez les jeunes sujets en particulier et de la péritonite qui l'accompagne. De la typhlo-péritonite à début péritonéal (*Pérityphlite dite primitive*). Brochure in-8° de 51 pages.

BRUNS (P.). — Beitrage zur Klinischen Chirurgie.—Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik zu Tubingen. — Dritter band-erstes Left, avec 4 planches hors texte. — Tübingen, 1887. — Verlag Laupp'schen.

MALMSTEN (K.).—Aorta-aneurysmus Etiologie. Volume in-8 de 165 pages, avec 6 planches hors texte. — Stockholm, 1888. — Ivar Haeggströms Boktryckeri.

PIETRA SANTA et A. JOLTRAIN. — Les stations d'eaux minérales du centre de la France.— La caravane hydrologique. Volume in-8 de 232 pages. — Paris, 1888. — G. Carré.

SEMELAIGNE (R.). — Philippe Pinel et son œuvre, au point de vue de la médecine légale. Volume in-8 de 176 pages. — Paris 1888. — Imprimeries réunies.

THIAU (R.). — De la réduction de la luxation du pouce en arrière. Volume in-8 de 170 pages, avec 21 figures. — Lille, 1887. — Imprimerie L. Danel.

WEBER (A.). — Contribution à l'étude anatomo-pathologique de l'artério-sclérose du cœur (sclérose du myocarde). Volume in-8° de 143 pages, avec 2 planches hors texte.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VIII. N° 31. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 4 AOUT 1888.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — M. le Pr U. TRÉLAT.

Des fistules pyo-stercorales. — Un cas de guérison par l'entérorraphie (1).

Messieurs,

Les deux malades sur lesquels je désire appeler votre attention, sont depuis longtemps dans le service soumis à notre observation. Tous deux portent une *fistule pyo-stercorale.*

La rareté relative de l'affection qu'ils présentent, l'intérêt qui s'attache à son étude, la difficulté qu'on éprouve à la guérir, m'engagent à traiter le sujet avec quelques développements.

Je commencerai par exposer les deux faits que nous avons actuellement sous les yeux ; je résumerai ensuite l'histoire pathologique de cette affection, et, de cette étude, j'espère pouvoir tirer des indications précises de traitement. Il s'agit ici d'une question chirurgicale délicate et difficile. Nous devons motiver notre choix, notre marche thérapeutique. Aussi ne craindrai-je pas d'entrer dans les détails, de vous rappeler d'autres faits, tirés de ma pratique antérieure, ou empruntés aux auteurs qui ont écrit sur la question, afin d'employer des données assez larges pour pouvoir conclure d'une manière assurée au traitement indiqué par chacun de nos malades.

Première observation. Le premier est un jeune garçon de 16 ans qui paraît bien portant. Debout toute la journée, il va et vient dans le service. Il n'avait eu aucune maladie jusqu'à l'âge de 10 ans. A cette époque, il y a 5 à 6 ans, il fut pris d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité, qui le tint malade pendant environ deux mois. Il était en pleine convalescence lorsqu'il constata le développement, dans la région cœcale, d'une grosseur, comme il dit, dont le volume variait de temps à autre, qui était plus ou moins dure, plus ou moins douloureuse.

En 1884, cette tuméfaction s'accrut au point d'acquérir le volume d'une orange. En même temps, la région devint très douloureuse et notre petit malade fut obligé de garder le lit pendant environ un mois. Le médecin, qui le vit à cette époque, prescrivit des cataplasmes et porta le diagnostic de péritonite. Les renseignements que nous pouvons actuellement recueillir sur cette poussée inflammatoire, sont fort incomplets. Notre malade ne se rappelle pas avoir eu le ventre ballonné, avoir souffert de vomissements. Un seul fait l'a frappé, c'est l'existence d'une constipation opiniâtre, qui, du reste, existait déjà depuis la terminaison de sa fièvre typhoïde.

De 13 à 15 ans, la tumeur persista, mais sans déterminer de troubles fonctionnels. Ce n'est qu'il y a un an, en 1887, *cinq ans après le début de la tumeur*, qu'il survint une nouvelle poussée inflammatoire. La peau rougit, s'amincit et se perfora spontanément, en septembre dernier, donnant issue à une quantité considérable de pus, d'odeur infecte et de couleur jaune clair. A partir de ce moment, le cours des selles, jusqu'alors difficile, redevint normal.

Le malade entra alors dans le service (octobre 1887), porteur d'une fistule par laquelle sortaient quelques gouttes de pus, où ni l'odeur, ni la couleur, ni l'examen histologique ne permirent de reconnaitre l'existence de matières fécales. L'état était tellement bénin que je me crus en présence d'un simple abcès consécutif à une fièvre typhoïde. Je fis placer un drain et désinfecter le foyer, comptant ainsi obtenir une guérison rapide.

En janvier 1888, la fistule persistant toujours, bien que l'état général du malade fût excellent, je la réexplorai, et pus alors constater l'existence d'un trajet pariétal, ayant environ 6 à 7 centimètres, d'avant en arrière, entre les muscles de la paroi, une contre ouverture, faite avec un trocart, me permit de placer un drain à la partie postérieure du flanc droit. Peu de temps après, la suppuration diminua au point de sembler s'éteindre ; aussi, en mars, retirai-je le tube, croyant le malade guéri. Cette illusion ne dura que peu de temps. Le 5 avril, je constatai de nouveau de la tuméfaction, de la douleur, des phénomènes de rétention et une fistulette se reformait, donnant issue à un peu de pus grumeleux. La dilatation du trajet, faite avec une petite tige de laminaire, permit le passage d'une notable quantité de pus, et, pendant les 8 à 10 jours qui suivirent, le malade rendit, par sa plaie, des matières semblables aux matières fécales et en ayant l'odeur. Grâce au rétablissement du drainage, l'écoulement diminua rapidement, les matières intestinales disparurent, et, le 17 avril, on supprimait le drain de nouveau. Le trajet parut se fermer spontanément, et pendant le mois de mai, il y eut une nouvelle apparence de guérison. Mais, dans les premiers jours de juin, les symptômes de rétention reparurent, la fistule se rouvrit et donna issue à une petite quantité de mousse pyo-fécaloïde. Cet écoulement diminua rapidement, et, actuellement (20 juin), il n'y a plus de nouveau qu'un suintement insignifiant.

En résumé, nous sommes en présence d'un garçon de 16 ans, qui, à la suite d'une fièvre typhoïde, a porté, pendant de longues années, une tumeur sans caractères bien nets. Il y a un an, après des phénomènes inflammatoires, cette tumeur s'est ouverte, et, depuis cette époque, il persiste une fistule qui se ferme, se rouvre, et nous a donné ainsi, à plusieurs reprises, l'illusion de la guérison.

Deuxième observation. Notre deuxième malade est un homme de 23 ans, qui, en juillet, 1886, a été traité à l'Hôtel-Dieu pour une typhlite, et est sorti guéri au bout de deux mois. En octobre de la même année, repris de typhlite et de pérityphlite, il entra dans le service de M. Féréol, d'où on le fit, au bout de quelque temps, passer dans nos salles. Il y resta 5 mois et nous pûmes constater chez lui l'existence d'une tumeur inflammatoire, présentant alternativement des hauts et des bas. De temps à autre, survenaient des poussées aigues. La tumeur augmentait de volume, devenait très douloureuse, puis tout disparaissait brusquement comme si la

(1) Voir *Soc. de Chirurgie*, n° 30.

collection se vidait dans l'intestin ; on n'observa cependant, à aucun moment, de pus dans les matières. Il s'agissait probablement d'une tuméfaction inflammatoire considérable, entourant une très petite cavité.

En avril 1887, le malade, étant toujours dans le même état, retourna chez lui, où, à peu près chaque mois, il fut pris de poussées inflammatoires aigües, qui toujours se terminèrent par résolution. Cela dura ainsi jusqu'en janvier 1888. A cette époque, il fut pris d'une poussée plus intense, accompagnée de quelques symptômes généraux (perte d'appétit, mouvement fébrile, léger amaigrissement) et suivi de la formation d'un abcès qui s'ouvrit vers le milieu de la région iliaque, laissant couler environ un verre de pus.

Depuis lors, il reste une fistule qui donne issue à du pus et à de la mousse fécale. Cette fistule est petite. Par le palper, qui est assez douloureux, on constate autour d'elle l'existence d'une induration de la paroi abdominale, courte en bas, beaucoup plus étendue en haut. De ce côté, le tégument présente l'altération connue sous le nom de peau d'orange, altération qui n'a, du reste, rien de spécifique et qui n'est qu'une des formes de l'œdème cutané. En pressant la paroi, en dedans de la fistule, on fait sourdre du pus par son orifice. Le stylet ne s'enfonce que très peu au-dessous de l'orifice fistuleux, il s'engage, au contraire, supérieurement à une profondeur de 7 centimètres environ. Jamais il n'y a eu de pus dans les selles.

Depuis qu'il est rentré dans le service, ce malade a offert des alternatives variées dans l'étendue du foyer purulent, la quantité de liquides écoulés, et en particulier des matières fécales qui sont devenues plus abondantes. Son état général n'est pas très prospère ; il est un peu pâle, légèrement amaigri, mais cependant circule dans nos salles comme s'il n'était pas atteint d'une affection grave.

En résumé, malade affecté il y a deux ans d'une typhlite ; rechute, pérityphlite ; puis, en janvier 1888, poussée inflammatoire, abcès, fistule, qui persiste avec des variations dans l'étendue du foyer pyo-stercoral.

Telle est l'histoire de nos malades ; tous deux sont porteurs de cette variété de fistules connues sous le nom de fistules *pyo-stercorales*, ou fistules *stercoro-purulentes* ; peu importe la dénomination, je dis généralement pyo-stercorales, parce que le mot sonne mieux et est plus court. Je n'essayerai pas de vous donner une définition de ces fistules. Je crois, en effet, pouvoir vous en fournir une idée plus nette en vous indiquant rapidement leur étiologie.

Tout ce qui peut créer un *foyer purulent s'ouvrant à la fois dans l'intestin et à la peau*, peut déterminer la formation d'une fistule pyo-stercorale. Sur un total de 72 fistules, M. Blin (1) relève 5 abcès périnéphrétiques, 18 pérityphlites, 31 abcès de la fosse iliaque, 18 abcès avec issue de vers intestinaux. Dans ce relevé, nous voyons qu'on n'a pas tenu compte des pépins de raisin, des noyaux de cerises, etc., qui ont pu échapper et qui cependant ont leur importance dans l'étiologie de l'affection dont nous nous occupons. Il faut aussi ajouter, parmi les causes des fistules pyo-stercorales, les suppurations péri-utérines. On en trouve une observation, due à Gillette, dans la thèse de Guyot (2) et une autre due à M. Th. Anger, dans celle de [illegible] (1). On en trouve encore un certain nombre d'autres, lorsque au lieu de se fier aux titres des tableaux statistiques, on lit les observations. Dans les 31 cas d'abcès de la fosse iliaque relevés par Blin, il y a [illegible] des pérityphlites qui ne sont pas [illegible] et des abcès par [illegible] des abcès péri-utérins propagés, qui ne sont même pas mentionnés comme tels dans le résumé général.

Ces fistules sont plus fréquentes au niveau du cæcum qu'au niveau de l'S iliaque (34 contre 7 Blin). Toujours, quelle qu'en soit la cause, la fistule pyo-stercorale est le résultat de l'existence d'un foyer purulent qui s'est ouvert à la fois à la peau et dans l'intestin. L'évolution du début seule diffère suivant les cas. Lorsqu'il s'agit d'un corps étranger du cæcum, le foyer est tout d'abord péri-intestinal. Il s'avance peu à peu, et, le jour où il a perforé la peau, la fistule pyo-stercorale est constituée. Cette marche est rare, et ordinairement le mécanisme de production est tout autre. Le foyer purulent existe au voisinage de l'intestin, du cæcum presque toujours, soit qu'il y ait pris naissance, soit qu'il vienne d'une autre région et qu'il ne soit que le résultat d'une propagation. Le foyer péri-intestinal s'ouvre en général tout d'abord dans l'intestin, puis secondairement à la peau.

La fistule pyo-stercorale mérite donc bien son nom. Elle est *pyo* parce qu'il y a un foyer suppurant, *stercorale* parce que ce foyer est ouvert dans l'intestin et que la fistule donne passage à des produits intestinaux.

Ces données seules vous permettent dès maintenant de différencier la fistule pyo-stercorale des fistules stercorales et de l'anus contre nature. Dans la fistule stercorale, il n'y a pas de cavité suppurante, le bord intestinal adhère au bord cutané de la fistule. Quant à l'anus contre nature, il est encore bien plus différent ; l'intestin s'est engagé, comme hernié, à travers l'orifice fistuleux ; la paroi profonde a, d'autre part, constitué une sorte d'éperon qui arrête le cours des matières et les oblige à sortir par l'orifice anormal.

Le *début* des fistules pyo-stercorales est généralement *insidieux*. Chez le premier de nos malades, nous voyons, à la suite d'une fièvre typhoïde, apparaître une tuméfaction qui diminue, disparaît, se reproduit pendant de longues années. La fistule ne s'ouvre à l'extérieur qu'au bout de 5 ans.

La *marche* est extrêmement *variable*, parfois très lente. Vous pouvez en juger par l'histoire de nos deux malades. J'ai encore, dans mes notes, l'histoire d'une jeune fille de 20 ans, dont la fistule remontait à la première enfance.

A l'âge de trois ans, sans cause connue, l'ombilic se tuméfia, rougit, se perfora, et par la fistule s'écoulèrent des matières fécales liquides, très odorantes et abondantes. Une opération faite à l'hôpital Trousseau amena la guérison de la fistule. A 14 ans, nouvelle tuméfaction au-dessus de la cicatrice ombilicale : la peau rougit et, au bout de trois jours, se perfora, pour donner issue à un mélange de pus et de sang, répandant une odeur assez forte, mais non fécaloïde. Pendant trois ans, la malade porta cette fistule, qui de temps à autre se fermait et se rouvrait.

Elle entra à 17 ans dans mon service de l'hôpital Necker, porteuse d'une petite hernie située au-dessus et un peu à gauche de la cicatrice ombilicale et d'une fistule immédiatement au-dessous. L'orifice était limité par un bourrelet rouge, et la palpation révélait au-dessous du

(1) In *Étude sur les fistules pyo-stercorales*. Th. Paris, 1879, p. 12.

(2) *Contribution à l'étude des fistules stercoro-purulentes*, Thèse Paris, 1884-85, nº 20, p. 25.

(1) *Contribution à l'étude des fistules stercoro-purulentes d'origine [illegible]*. Th. Paris, 1882-83, nº 6, p. 15.

lui, dans les couches profondes, une induration allongée, qui allait vers le pli de l'aine du côté droit, n'était pas mobile et était un peu douloureuse. Le stylet, introduit dans la fistule, pénétrait d'abord perpendiculairement, puis un peu obliquement à droite et en arrière, à une profondeur de 6 cent. environ. Quand on cherchait à soulever la paroi abdominale au niveau de la région fistuleuse, on voyait qu'elle était retenue à ce niveau par des adhérences profondes.

Je fis le diagnostic : fistule de l'appendice iléo-cœcal ou diverticulaire, avec phlegmon profond de la paroi, et me contentai de dilater l'orifice avec de la laminaire, afin de laver facilement le foyer. La suppuration se tarit rapidement et ma petite malade sortit, pourvue d'un bandage à pelote ombilicale.

Deux ans plus tard, à 19 ans, elle rentrait de nouveau dans le service pour des accidents identiques. La fistule s'était rouverte, était plus profonde et donnait issue à des matières fécales, abondantes et évidentes.

La dilatation de l'orifice et les lavages ne m'ayant donné aucun résultat, je tentai, au bout de trois mois, de substituer à la fistule ombilicale oblique une fistule directe, devant me conduire sur l'orifice intestinal et me permettre de l'oblitérer dans une seconde opération. Le résultat fut nul. Au lieu d'une fistule, j'en avais deux, mais rien ne fut changé dans l'évolution du foyer.

Quelques mois plus tard, la malade, âgée alors de 20 ans, fut opérée par M. Bouilly, qui incisa tout le trajet et mit à nu deux perforations intestinales, qu'il sutura. La suture ne tint pas, et la malade mourut le quatrième jour. A l'autopsie, on constata que les anses intestinales étaient très adhérentes au niveau de la plaie et auraient rendu la résection et la suture impossibles (1).

Dans ce fait, vous le voyez, la marche a été très lente. Il y a eu des *rémissions*, des pseudo-guérisons qui ont présenté une durée fort longue. C'est du reste ce que nous avons déjà noté dans l'histoire de notre premier malade. La fistule s'est déjà fermée et rouverte un certain nombre de fois, et l'affection a toujours présenté des allures assez bénignes, malgré des *rechutes* successives.

Dans d'autres cas, la marche est différente. La cavité suppurante a tendance à augmenter, le décollement profond à s'étendre; la maladie *progresse constamment*, et de temps à autre surviennent des phénomènes de *rétention*, avec élévation de température. Aussi la *mort* n'est-elle pas rare.

On pourrait croire a priori que celle-ci survient souvent du fait d'une *péritonite*: ce serait là une erreur. La péritonite est tout ce qu'il y a de plus rare. Sur les 72 observations, rassemblées par M. Blin dans sa thèse, on ne relève qu'une seule mort par péritonite. Cela se comprend facilement, lorsqu'on voit les masses plastiques, les formations nouvelles étendues qui existent autour de la fistule et constituent une solide barrière, empêchant toute propagation inflammatoire aiguë au péritoine.

Les malades succombent ordinairement à des accidents de *rétention*, d'*infection lente*, avec fièvre hectique, amaigrissement, diarrhées, etc.

Si l'on en croyait Blin, le plus grand nombre des malades guériraient. Sur les 72 observations qu'il a réunies, il ne relève que 16 morts, soit 22.22 pour 100. Je crois que cette proportion est trop faible et qu'elle n'est pas l'expression exacte de la vérité. Les statistiques, faites en récoltant les cas publiés, ne donnent guère que les résultats heureux obtenus par les chirurgiens dans leurs interventions thérapeutiques.

Tels sont les symptômes et la marche générale de l'affection. Voyons maintenant ses *lésions anatomiques*.

Notre deuxième malade va nous donner le type des désordres superficiels. Chez lui, vous voyez entre l'ombilic et l'épine iliaque une petite fistule qui admettrait difficilement une sonde de femme, et dont le bord est perforé d'une fistulette secondaire sans importance. La peau qui l'entoure est à peine rosée, mais elle est indurée, résiste à la pression et parait manifestement épaissie quand on cherche à la plisser. Souvent, Messieurs, vous observerez des orifices fistuleux multiples; il faut vous méfier. Ces fistules multiples sont exceptionnellement le résultat de l'évolution spontanée de la maladie. Elles résultent le plus souvent d'une intervention thérapeutique. En règle générale, la *fistule cutanée* spontanément produite est *unique*.

Il n'en est pas de même des orifices profonds qui mettent en communication la cavité de l'abcès avec celle de l'*intestin*. De ce côté, on trouve trop souvent des *orifices multiples*. Dans l'observation de ma petite malade opérée par M. Bouilly, vous vous rappelez qu'il y avait deux perforations intestinales. C'est ce que vous noterez dans diverses observations. Sur 11 autopsies, Blin a vu 4 fois les orifices de communication avec l'intestin doubles ou multiples. Ces orifices ont des dimensions variables. Tantôt ce sont de simples pertuis, difficiles à voir, quelquefois même introuvables au fond d'une plaie; tantôt il s'agit de pertes de substance étendues, comme dans un cas de Chandelux, jusqu'à mesurer les dimensions d'une pièce de 5 francs.

Chez une malade de Gillette, la disposition était toute spéciale. Il existait une perte de substance de l'intestin grêle dont les deux bouts s'ouvraient dans la cavité de l'abcès en même temps qu'au fond de celui-ci existait une fistule d'une anse de gros intestin, appartenant au colon iliaque (1).

C'est là un fait exceptionnel, mais il faut le noter. Dans tous les autres cas, une seule anse de l'intestin, le plus souvent du gros (35 sur 38, Blin), était perforée.

La perforation, quelquefois bien centrée, si je puis ainsi m'exprimer, répondant à l'orifice cutané, en face duquel elle se trouve, est quelquefois excentrique et constituée par une ouverture ou des ouvertures multiples, fait sur lequel je reviens, désirant le bien fixer dans votre esprit, afin que vous songiez à la possibilité de toutes ces variétés, au moment où vous vous déciderez à une intervention thérapeutique.

La recherche de ces perforations intestinales est, en effet, difficile. Le *foyer suppurant* est de dimensions variables; il a des parois épaisses, creusées parfois de petits abcès interstitiels qui laissent, après ouverture dans la cavité principale, des anfractuosités, des diverticules. Plusieurs fois il est arrivé qu'on a avivé et suturé l'orifice d'un de ces diverticules, croyant fermer une perforation intestinale, ce qui a déterminé l'apparition rapide de phénomènes de rétention.

Par suite des phénomènes inflammatoires subaigües, que détermine dans son voisinage, cette poche suppurante, il se fait des *adhérences* péritonéales, qui fixent l'anse malade et qui, souvent même, relient à la paroi les anses intestinales voisines, constituant ainsi un véri-

(1) In *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris 25 février 1885, Nouv. ser., T. 11, p. 115.

(1) In Guyot, *loc. cit.*, p. 29, figure.

table gâteau induré, une masse confuse et solide dont il faut tenir grand compte pour le pronostic opératoire.

En faisant état de ces différentes dispositions, on voit que le pronostic est grave et que l'opération doit présenter de grandes difficultés et de redoutables incertitudes.

Une indication semble dominer ici toute la thérapeutique : *clore par la suture l'orifice intestinal.* En cas de succès, la guérison est complète, absolue, définitive.

C'est ce qu'a fait Julliard dans un cas (1). Il a ouvert la cavité abdominale au-dessus et au-dessous de la fistule par deux incisions parallèles que joignait une troisième incision, passant par le trajet et ouvrant le foyer : « Je commençai, dit-il, par séparer la masse intestinale des parois abdominales. Ce temps de l'opération fut très difficile et très long : l'intestin, dont les parois étaient épaisses, adhérait très fortement aux parois de l'abdomen, et il me fallut le disséquer pour arriver à le détacher. »

Bien que la masse adhérente fut petite, cette dissection constitua le temps le plus pénible de l'opération. L'intestin libéré, Julliard l'attira au dehors, en sutura la perforation, le lava, le réduisit et ferma, après grattage du trajet, la plaie abdominale par une double suture au catgut, du péritoine d'une part, de la peau d'autre part. La malade guérit après réunion par première intention.

Un procédé analogue réussit à Riedel dans deux cas (2). Dans le premier, il détacha complètement l'intestin des parois du ventre, l'attira au dehors, sutura les perforations par adossement des séreuses et réduisit.

Dans le deuxième, une première intervention avait été suivie d'insuccès, et ce n'est qu'après avoir séparé l'intestin de la paroi de l'abcès que Riedel put le suturer et guérir son malade.

Cette même année, M. Horteloup a publié un cas analogue. Après diverses tentatives insuffisantes et infructueuses, il eut enfin recours à la méthode radicale; il détacha l'intestin, l'attira au dehors, en fit la suture, réduisit et guérit son malade (3). (*A suivre*).

(1) *Fist. pyo-sterc., Laparot. et sut. de l'intest;* in *Rev. med. de la Suisse Romande.* 1881, T. I, p. 214.
(2) *Traitement des fist. pyo-stercor.,* in *Centralbl. f. Chir.,* 1883, anal. in *Rev. Hayem,* 1884. p. 321.
(3) *Congres français de Chirurgie,* séance du 16 mars 1888.

Nominations. — M. le Dr Robert (L.) vient d'être nommé membre du Comité d'inspection et d'achats des livres près la Bibliothèque d'Arbois.

Un cas de double personnalité avec hallucination. — Une curieuse aventure est arrivée aux Couets, près de Nantes. Une jeune fille trouvée sur le bord de la route, évanouie et les vêtements en désordre, a raconté avoir été victime d'un odieux attentat. Il a été reconnu que cette jeune fille est une hallucinée. Le *Phare de la Loire* dit à propos de ce fait étrange : Le cas de la jeune S... Ch... est, paraît-il, un des plus curieux qui se soient présentés depuis longtemps dans les annales médico-légales de la Loire-Inférieure. C'est une hallucinée, mais une hallucinée de bonne foi, qui croit réellement avoir été l'objet d'une agression [illegible], et qui pourtant n'agit que sous l'impulsion irrésistible d'un sentiment contraire à la matérialité des faits. Il résulte, en effet, de l'examen médical, qu'elle est *virgo intacta*, et qu'aucune trace de violence, si légère fut-elle, n'a pu être relevée sur sa personne. Autre détail non moins curieux. Il semble que la personnalité de cette jeune fille se soit dédoublée. Elle parle d'elle-même de l'[illegible] dont elle aurait été victime, comme s'il était arrivé à une autre jeune fille de ses amies et elle ne paraît pas se douter que cette jeune fille est elle. [illegible] qu'elle est toujours [illegible] et qu'il est dès lors impossible d'obtenir d'elle des explications sur un événement au sujet duquel la médecine n'éprouve plus le moindre doute.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le captage des sources de l'Avre et les habitants de la vallée.

Pour parer à l'insuffisance de l'alimentation de Paris en eau de source, le Conseil municipal s'est rendu acquéreur des sources de la Vigne, affluent de l'Avre. Elles fourniraient à la Ville un supplément d'environ 110,000 mètres cubes d'eau par jour, ce qui porterait, avec le contingent fourni par les eaux de la Vanne et de la Dhuys, à près de 300,000 mètres cubes la quantité d'eau de source dont elle pourrait disposer. Ce ne serait pas encore là une solution complète ; mais l'amélioration de l'alimentation parisienne serait grandement appréciable, et l'on n'aurait sans doute plus à lire dans le *Bulletin municipal*, des avis dans le genre de celui qu'on a pu voir il y a quelques jours : « A partir de telle date, l'eau de source sera supprimée provisoirement dans tel ou tel arrondissement, tel ou tel quartier. »

Avant de commencer les travaux, il fallait obtenir du Parlement une loi de déclaration d'utilité publique. Le projet de loi a été déposé par le Gouvernement à la Chambre des députés, et la Commission parlementaire, nommée pour son examen, s'était rendue sur les lieux pour étudier la question et pouvoir présenter à la Chambre un rapport complet sur ce projet. — Les membres de cette Commission ont été fort mal reçus par les riverains de l'Avre, et l'opposition rencontrée dans le pays est très vive.

Nous comprenons parfaitement l'émotion qui s'est emparée des habitants, à la veille de l'exécution d'un projet qui, d'après eux, va « faire fermer toutes les usines et faire cesser toutes les exploitations agricoles de la vallée. » Il ne faudrait cependant pas exagérer, et les membres de la Commission parlementaire, s'ils ne l'ont fait déjà, pourraient, ce nous semble, calmer un peu de cette effervescence, en répondant : « Les usines hydrauliques ne fermeront pas, parce que toutes ont déjà certainement un moteur à vapeur *de secours*, destiné à parer aux irrégularités, aux insuffisances, aux inondations possibles des cours d'eaux qui les alimentent. La transformation sera donc facile. Il est vrai que la vapeur coûtera plus cher, car le charbon doit s'acheter tandis que l'eau motrice ne coûte rien. D'accord : mais si l'on songe aux avantages qu'entraîne l'emploi de la vapeur (régularité de marche, facilité de variation de la puissance, etc., les dépenses du charbon seront compensées en grande partie par l'amélioration de la fabrication.

Les exploitations agricoles souffriront inévitablement de l'absence ou de la diminution d'eau : mais enfin tout ne sera pas perdu, et les eaux du ciel se chargent parfois, comme nous le voyons cette année, d'irriguer les champs au-delà même du nécessaire. D'un autre côté, la Ville ne prétend pas s'emparer de ces sources sans indemniser les propriétaires riverains ou les usiniers, dans la mesure du dommage qui leur sera causé. — Enfin les riverains de l'Avre, comme toutes les populations voisines de la grande capitale, ne recueillent-ils donc aucun bénéfice de ce voisinage? Et

croient-ils que, sans cette agglomération monstrueuse de deux millions et demi d'habitants, ils vendraient aussi facilement, aussi cher, leurs denrées de toute sorte? Et si les Parisiens leur payent à cher denier leurs services, n'est-il pas juste qu'on leur consente quelques légers sacrifices? Nous parlons de Parisiens ; mais les habitants de l'Eure et de l'Eure-et-Loir, qui se plaignent aujourd'hui, sont-ils bien sûrs de ne pas avoir dans Paris de nombreux compatriotes qui s'y sont établis, parfois sans esprit de retour? Ces *Eureux* n'en sont pas moins des Parisiens, et combien y en a-t-il dans ce cas! Les plaignants veulent-ils donc que leurs frères, leurs amis, y meurent de fièvre typhoïde ou de maladies analogues, faute d'eaux de source?

La nécessité d'avoir à Paris de l'eau de source en quantité suffisante est reconnue par tous les hygiénistes, car Paris, à cet égard, est inférieur à beaucoup d'autres capitales et, en maintes circonstances, ils ont vivement critiqué les lenteurs du Conseil municipal et des ingénieurs à opérer la dérivation des sources de la Vigne. La presse politique s'est également fait l'écho de ces critiques. Aucun progrès ne se réalise malheureusement sans causer de préjudice à quelques-uns. Il en est pour la dérivation des eaux de sources — progrès sanitaire — comme de la création des chemins de fer — progrès dans les modes de transport — qui a causé des préjudices non moins graves en frappant un plus grand nombre d'individus. A. PUJOL.

Congrès de la tuberculose à Paris. Visites scientifiques et Banquet.

Pendant la durée du Congrès de la tuberculose à Paris ont eu lieu une série de visites scientifiques sur lesquelles il importe d'attirer l'attention. Elles ont été faites dans différents laboratoires et ont été organisées d'une façon telle qu'on ne peut que louer ceux qui les ont si bien dirigées.

Le vendredi 27 juillet, au matin, on s'était donné rendez-vous aux laboratoires de M. le Pr Cornil et de M. le Pr Straus. Un très grand nombre de préparations microscopiques ont été mises à la disposition des membres du Congrès: ils ont pu examiner sous toutes leurs faces les lésions tuberculeuses, les bacilles de Koch et les autres microbes qui peuvent lui être associés. Une préparation d'actinomycose a eu le plus grand succès. M. Straus, professeur de pathologie expérimentale, a présenté ensuite un certain nombre d'animaux sur lesquels il continue ses recherches.

Le même jour, M. le Pr Proust a fait aux membres du Congrès les honneurs de son Musée d'hygiène. Il a décrit avec détails les procédés et les appareils applicables à la prophylaxie de la tuberculose. Il a montré un modèle de l'étuve à désinfection de MM. Geneste et Hersher. Dans cette étuve, on introduit les matelas, les vêtements, les linges à désinfecter, et on les laisse pendant vingt minutes au contact de vapeur chauffée à 106 degrés environ. Il n'y a pas de microbe pathogène qui résiste à ce traitement. M. Proust aura bientôt doté, paraît-il, tous nos paquebots, tous nos transports, de cette étuve, et il ne doute pas que son emploi ne facilite singulièrement l'abolition des quarantaines d'observation. Pour la désinfection des parois des chambres où ont séjourné des tuberculeux, M. Proust recommande l'emploi d'un jet puissant de solution de sublimé obtenu à l'aide d'une sorte de pompe foulante ; enfin, dans les hôpitaux, on peut facilement, dit-il, désinfecter les crachats des phtisiques en lavant les crachoirs dans un seau recouvert d'amiante et où l'eau arrive bouillante, de telle façon que les bacilles se trouvent dans un milieu à 90°, ce qui suffit pour les tuer.

Une visite a eu lieu aussi au Laboratoire d'Inspection des viandes de boucherie de la ville de Paris. Le chef de service, M. Vilain, en a exposé l'organisation : il y a cinquante-six inspecteurs pour les quatre abattoirs (Villejuif, Grenelle, les Fourneaux, la Villette). Pendant cette visite, on a examiné diverses pièces très intéressantes.

Le dimanche 29 juillet, il y avait affluence à l'Ecole vétérinaire d'Alfort. La plupart des congressistes s'y sont rendus ; ils y ont été reçus par M. le directeur Nocard, qui a montré aux médecins et aux vétérinaires présents les matériaux si nombreux que peut fournir cette Ecole pour les études de pathologie comparée. M. Nocard a parlé d'abord de la tuberculose chevaline, si rare que certains auteurs la nient, puis a présenté des poules inoculées avec des cultures de tuberculose. Enfin, il a fait une très remarquable communication sur la *pseudo-tuberculose* ou *farcin du bœuf de la Guadeloupe*, où l'on trouve un microorganisme tout spécial. Les diverses allocutions de M. Nocard ont été fort appréciées. On doit le dire, cette visite à notre principale Ecole vétérinaire a été un des événements importants du Congrès, car bien des médecins étaient loin de connaître son musée, ses amphithéâtres, les trésors qu'elle renferme, ainsi que les améliorations introduites, depuis quelques années seulement, pour l'étude des maladies chez les animaux. Les membres du Congrès qui se sont rendus à Alfort ont pu voir, en outre, des animaux malades et assister à leur autopsie.

Banquet du Congrès. — Lundi soir, à l'Hôtel Continental, a eu lieu le banquet organisé par M. L. H. Petit pour les membres du Congrès. Divers toasts ont été prononcés par MM. Chauveau, Verneuil, Cornil, Monod (au nom du Gouvernement), Devige (Bruxelles), Petresco (Buckarest), Robinson (Constantinople), Massa (Gênes), Hutysa (Hongrie).

Tous les Français ont dû le constater avec joie, le Congrès de la tuberculose de Paris, réunion de savants sans précédent dans les annales des sciences médicales, vient d'obtenir le plus éclatant succès, malgré le dédain avec lequel le traita à ses débuts une nation étrangère, jalouse plus que jamais de notre influence scientifique. Pour notre France, fière à bon droit d'être la patrie des Villemin, des Pasteur, des Davaine, des Charcot, etc., pour nos illustres maîtres, qui ont été les premiers promoteurs de ce Congrès, nous sommes heureux d'enregistrer ce nouveau triomphe remporté tout entier dans le domaine de la science!

Nous applaudissons bien volontiers aux paroles si élevées que M. Massa (de Gênes) a prononcées au banquet de lundi. Si jamais l'union doit se faire entre les races latines, et même les autres, c'est certainement sur le terrain scientifique qu'elle aura lieu tout d'abord! MARCEL BAUDOUIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Un concours s'ouvrira le 22 octobre 1888 pour six places de chef de clinique : deux de clinique médicale, une de clinique chirurgicale, une de clinique ophtalmologique, une des maladies cutanées et syphilitiques, une de clinique des maladies mentales. — Le 8 octobre, il sera ouvert un concours pour la nomination de douze élèves internes et d'un nombre indéterminé d'internes provisoires. — Le 23, il sera ouvert un concours pour un nombre indéterminé d'élèves externes en médecine et en chirurgie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE CHEZ L'HOMME ET LES ANIMAUX (fin) (1).

II. — *Séance du 27 juillet* (soir). — PRÉSIDENCE DE M. CHAUVEAU.

C'est la seule séance dogmatique du Congrès ce jour-là, la *matinée* ayant été consacrée à l'excursion de l'assemblée dans les laboratoires de MM. Cornil et Straus. (*Démonstration d'anatomie pathologique et de technique bactériologique; présentation d'animaux*); ainsi qu'à la visite du Musée d'hygiène sous la direction de M. Proust. (*Exposition de [illegible] et appareils applicables à la prophylaxie de la tuberculose*) (2).

1. — M. H. DE BRUN (de Beyrouth). — *Tuberculose et impaludisme sur la côte syrienne.* L'orateur raconte qu'à son arrivée à Beyrouth il fut frappé d'y voir moins de phtisiques qu'en France. Mais une plus longue observation lui démontra bientôt que cette affection, sous l'influence des hautes températures estivales et l'action du vent chaud du désert, sous l'influence encore des pluies torrentielles et nombreuses de l'hiver, prend en ce pays une marche rapide et souvent galopante. C'est donc une erreur qu'il convient de faire cesser chez nous, que cette habitude en vertu de laquelle on envoie les tuberculeux de l'Europe en Syrie ou sur le littoral oriental de la Méditerranée. Mais pourquoi y a-t-il peu de phtisiques en Syrie? C'est qu'il existe un antagonisme incontestable entre l'impaludisme et la tuberculose. Les tuberculeux sont donc rares dans une région où les conditions climatériques se montrent favorables à la tuberculose. La phtisie n'est apparue à Beyrouth et ne s'y est installée que depuis qu'on a assaini la ville en ce qui concerne la genèse de la malaria; elle ne frappe, du reste, encore, que sur un cent soixante-quinzième de la population. Ajoutons qu'il paraît hors de doute qu'elle y a été importée par les européens occidentaux. Le même fait est aujourd'hui en train de s'accomplir dans les plaines de la Beccha: la malaria diminue, la tuberculose apparaît et la fréquence de la tuberculose s'accentue à mesure que disparaît la fièvre paludéenne; la tuberculose y était inconnue quand y régnait en maître l'impaludisme. Autre point, c'est la population nègre de Beyrouth qui se chiffre par cinq à six cents individus, parmi laquelle frappe la phtisie : ce sont eux qui forment la majeure partie des tuberculeux venus au dispensaire de M. de Brun; car on sait que cette race est réfractaire à l'impaludisme. La population ouvrière de Beyrouth vit dans un milieu antihygiénique le plus favorable à l'explosion de la tuberculose; l'humidité, la privation d'air et de lumière, l'alimentation défectueuse tueraient nos ouvriers par la phtisie : les ouvriers de Beyrouth présentent, eux, la cachexie palustre sans la tuberculose.

Statistique.

Au Dispensaire de M. de Brun.	1887	1216 mal.	Tuberc. 3.
Sœurs de Beyrouth.	1887		Palud. 827
Dans la clientèle privée.	en 2 derniers mois de 1886.	1.58 mal.	Tuberc. [illegible] Palud. [illegible]

Ce qui prouve que le germe de la tuberculose ne fait pas défaut à Beyrouth. Seulement, grâce à leurs coutumes et aux conditions de leur existence, les gens aisés échappent à l'impaludisme, et c'est alors qu'ils deviennent tuberculeux. L'orateur termine par des considérations cliniques. Le diagnostic différentiel entre la cachexie palustre et le début de la tuberculose est souvent épineux en ce sens que l'impaludisme peut présenter une poussée congestive des sommets, et qu'inversement la fièvre rémittente des phtisiques affecte souvent les allures de la fièvre intermittente : aussi, dans certains cas, [illegible] en présence de l'association des deux [illegible].

M. [illegible]. — Ce que vient de dire M. de Brun [illegible] à [illegible] en Egypte. Il en est de même pour les [illegible] que [illegible] phtisiques, tandis

qu'on la proportion des malades y soit faible. Chez les bœufs qui y deviennent très âgés, l'habitude étant de les conserver très longtemps, il n'est pas rare d'en voir de 18 à 22 ans), la phtisie tuberculeuse y est extrêmement rare; mais quand elle les atteint, elle les tue en deux mois; les ganglions [illegible] toraux présentent souvent alors le volume d'une tête d'homme, et les lymphatiques mésentériques revêtent l'aspect de vrais boudins tuberculeux. En résumé, chez les animaux domestiques en Egypte, la phtisie très rare et marche, quand elle apparaît chez eux, avec une excessive rapidité.

2. — M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL communique à l'Assemblée une adresse des médecins suédois annonçant qu'ils ont nommé une commission chargée de l'étude de la tuberculose sous la présidence d'Axel Key. Elle a distribué aux médecins un questionnaire relatif aux malades, afin d'obtenir l'histoire des patients, de la maladie, du mode de contamination, de l'influence de l'hérédité, etc.... Un autre questionnaire a été, pareillement, mis entre les mains des vétérinaires; il s'agit spécialement de la tuberculose chez les vaches, où toutes les questions que l'on sait, y compris l'observation des mamelles. La Commission se met à la disposition du Congrès qu'elle félicite et salue cordialement. Le Congrès vote des remerciements pour cette marque de sympathie.

3. — M. REBARD. — *De l'intervention chirurgicale dans les ostéo-arthrites tuberculeuses des articulations tibio-tarsiennes et du pied chez l'enfant.* Les opérations conservatrices y ont une très grande utilité. A une période avancée, quand les articulations forment une tumeur très prononcée, on retire de sérieux bénéfices de l'ouverture articulaire, du grattage des fongosités, de l'ablation des os malades, au besoin des résections partielles; on promène ensuite le fer rouge qui a servi à cette intervention sur les surfaces malades, en évitant naturellement d'[illegible] muscles et tendons. L'antisepsie préalable, le drainage, le pansement à l'iodoforme et, dès le lendemain, les bains locaux antiseptiques prolongés, voilà les adjuvants. Dès que toute poussée inflammatoire est terminée, on immobilise dans un appareil plâtré. A la moindre tendance inflammatoire on [illegible] bains locaux antiseptiques, pour ne remettre l'appareil plâtré qu'après résolution. Les récidives sont traitées de la même façon. Généralement trois ou quatre interventions de ce genre suffisent. On procède d'ailleurs en cas de besoin, à un plus grand nombre d'opérations. Alors tout se referme et la guérison a lieu. On se borne au surplus, à des cautères successifs multipliés à intervalles très éloignés. On a beau effectuer des détachements [illegible] creuser, [illegible] la réparation est telle que l'on ne constate pas de déformation. Naturellement on prescrit un traitement reconstituant parallèle. Dix-sept observations à l'appui démontrent l'innocuité absolue de pareilles interventions, l'arrêt de cette tuberculose locale, l'absence des généralisations par suite de la transformation fibreuse des tissus, et la conservation plus que satisfaisante des fonctions. Les antiseptiques employés ont été la liqueur de van Swieten, la teinture d'Eucalyptus, notamment pour les bains. La durée moyenne du traitement est de [illegible] mois. Peu de déformations [illegible]. Cela prouve que, chez l'enfant, la tuberculose n'est pas fatalement [illegible]. Somme toute [illegible] n'est qu'une application des idées d'Ollier, mais sans résections [illegible]; ces résections entraînant de trop grandes pertes de substances, laissent pour le moins d'incurables déformations.

M. VERNEUIL. — Il y a près de dix ans que je n'ai pratiqué de grandes opérations de résections vraies, pour les ostéo-arthrites du poignet, de l'avant-bras, des régions tibio-tarsiennes, quand il s'agit d'enfants et d'adolescents, et surtout de très jeunes enfants : les résections typiques sont mauvaises, les amputations inutiles. C'est l'inverse de ce qui est nécessaire chez [illegible]. [illegible] il convient de suivre un programme [illegible] du [illegible] pendant quinze jours, avant d'introduire l'instrument. [illegible] préparations que doit être injecté le [illegible] sur les [illegible] l'enfant, dans ses [illegible] qui réussit. Dans notre cas particulier, les [illegible] une action parfaite, étonnante et leur usage est [illegible].

(1) Voir [illegible] p. 70.
(2) [illegible]

4 — M. Chantemesse. — *Sur la durée de vitalité des germes de la tuberculose dans les eaux de Seine.* — Recherches faites en commun avec M. Widal. Si l'on prend de l'eau de Seine, préalablement stérilisée, et qu'on y sème des germes de tuberculose puisés dans les crachats, on voit que les bacilles conservent leur vitalité pendant 50 jours à une température de + 8°, pendant 70 à une température plus élevée. Le même ensemencement est opéré dans de l'eau de Seine non préalablement stérilisée, maintenue à une température de + 8° à + 12°; on en injecte 1 centim. cube dans le péritoine des cobayes, dans les 8, 10, 15 jours qui suivent l'ensemencement : ces animaux ne deviennent pas tuberculeux. Les bacilles conservés dans les deux cas ont perdu, de par l'action de l'eau de Seine non stérilisée, leur action virulente ; tandis que dans l'eau de Seine stérilisée, les mêmes bacilles n'ont pas perdu leur vitalité. Y a-t-il à faire intervenir l'action biologique paralysatrice de la virulence de la part des autres germes de l'eau non stérilisée ?... Quoi qu'il en soit, on ne saurait dire que l'eau de Seine infectée ne puisse donner la tuberculose, car des circonstances extérieures peuvent rendre à ces bacilles conservés, non détruits, la virulence qui paraissait perdue.

M. Arloing. — D'expériences exécutées avec MM. Galtier et Cadéac, il résulte que des fragments d'organes tuberculeux maintenus sous un courant d'eau à une température diurne de + 15° à + 16°, et nocturne de + 5° à + 9°, ont conservé leur virulence quinze jours après ce traitement. Cette virulence persiste pendant un mois et demi quand on renouvelle constamment la masse d'eau, et [illegible] jours lorsqu'on se sert d'une masse d'eau stagnante.

5 — M. Arloing. — *Moyens locaux et généraux capables [illegible] l'extension de la tuberculose expérimentale.* — Étudiant l'accident d'inoculation initiale, afin de savoir si son extirpation n'arrêterait pas l'envahissement du virus, M. Arloing a vu ce qui suit chez le cobaye, animal des plus propres à la constatation de l'envahissement bacillaire de la peau de la face interne de la cuisse, au pli de la peau [illegible]-ganglionnaire, et de là au reste de l'économie. Le 7e jour après l'inoculation il n'y a pas encore de poussée ganglionnaire apparente dans le ganglion le plus voisin : cependant l'opérateur l'enlève. Le quinzième jour, il existe des ganglions [illegible] tuméfiés. Ces extirpations n'empêchent pas que deux mois après, la tuberculose ne soit parfaitement généralisée. Dans une autre série, cinq ou six jours après l'inoculation, on pratique l'ablation des ganglions ne paraissant pas gonflés : un de ceux-ci ne présentait qu'un petit point rouge ; deux mois plus tard la généralisation était complète malgré l'opération. L'ablation du ganglion le plus voisin de l'inoculation n'empêche donc point la tuberculose de marcher, même quand le ganglion ne paraît pas malade. Passant ensuite à l'examen critique des inoculations préventives et de l'atténuation du bacille de Koch, l'auteur ajoute qu'à l'heure actuelle nous ne pouvons espérer en l'efficacité de ce genre de vaccination, car une première atteinte de tuberculose semble plutôt prédisposer à une autre poussée. Puis la scrofule n'est-elle pas cette forme de la tuberculose atténuée ? En imprégnant les animaux de produits de ganglions scrofuleux, on ne s'oppose pas à l'éclosion ultérieure de la tuberculose (poumons, méninges), l'évolution en est régulière et complète chez le cobaye. [illegible] de Koch pourra peut-être donner [illegible] espérer, [illegible] guérir [illegible]. Il vaudrait donc mieux imprégner l'organisme d'un microbe autre que celui de la tuberculose, un microbe possédant l'antagonisme dont on a parlé [illegible]. M. Arloing a essayé la fièvre typhoïde [illegible] qu'on ne tue pas facilement un cobaye avec le virus typhique ; il a injecté pendant 6 jours sous la peau de l'animal [illegible] centimètre cube de [illegible] culture, soit [illegible] centimètres cubes en tout. Deux jours plus tard il inoculait le liquide virulent de la tuberculose. La tuberculose [illegible] marché peut-être même les lésions [illegible]. En tous cas, c'est la voie à suivre, [illegible] en atténuant les virus protecteurs [illegible] aussi l'imprégnation [illegible] comme l'ont fait MM. Raymond et Arthaud [illegible].

6 — M. Babès. — *Les associations [illegible].* — [illegible] résument les résultats obtenus par lui par l'examen systématique de 93 autopsies d'enfants, il y avait 57 cas de tuberculose des ganglions. Le bacille de Koch y a été trouvé seulement 45 fois. Sur 52 cas de tuberculose plus étendue et en connexion avec la lésion mortelle, les bacilles de Koch n'existaient seuls que 10 fois. Aussi 42 fois sur 52 la tuberculose dominait la scène; mais, dans tous ces cas, auprès du bacille de Koch il y avait aussi d'autres microbes, qui sont ordinairement pathogènes pour l'animal.

Les bactéries qui compliquent la tuberculose, chez l'enfant tout au moins, appartiennent surtout aux bactéries du pus. Dans la plupart des cas, c'était le Streptococcus du pus. Ce Streptococcus présentait une virulence variable en rapport avec l'intensité de la maladie. Surtout dans les cas de formation d'abcès métastatiques caséo-purulents, ou dans des abcès plus ou moins chroniques, froids, on trouve, auprès du bacille de la tuberculose, le Staphylococcus aureus et albus, souvent accompagné du Streptococcus du pus.

Dans la gangrène des foyers tuberculeux ou dans les ulcérations des muqueuses, il existe avec ou sans bactéries du pus, des bactéries saprogènes plus ou moins virulents, ou bien des bactéries spéciales qui se généralisent dans tout l'organisme en produisant surtout des hémorrhagies ou des destructions rapides de produits tuberculeux. Les bacilles de la tuberculose se développent et se multiplient parallèlement en grande abondance.

Il s'agit donc, dans ces cas, d'une complicité évidente entre les bactéries spéciales de la tuberculose et celles qui lui sont étrangères. Dans les pneumonies tuberculeuses lobaires ou lobulaires, souvent aussi dans la pleurésie, dans la péritonite et la méningite tuberculeuse, on trouve souvent, auprès du bacille de Koch, d'autres microbes. Ces microbes surajoutés sont surtout ceux qui possèdent la faculté de produire, à eux seuls, ces maladies, c'est-à-dire les pneumonies, les pleurésies, la péritonite et la méningite ; ce sont, par exemple, le microbe lancéolé, capsulé, plus rarement celui de Friedlaender ou bien un autre microbe capsulé. Nous avons observé 2 faits de pyélite tuberculeuse combinée avec la blennorrhagie. Cette maladie était alors la cause d'une recrudescence et peut-être d'une localisation de la tuberculose dans le système uropoïétique.

Dans la tuberculose locale des os et des articulations, il existe souvent une complication produite par le Streptococcus du pus, qui alors se trouve ordinairement généralisé dans tout l'organisme. Dans un cas de mal de Pott, il n'y avait que ce streptococcus. Dans presque tous les faits mortels de scarlatine et de rougeole, il y avait une tuberculose des ganglions du médiastin, du cou ou des bronches. Ces ganglions étaient surtout le point de départ d'une infection secondaire, due, le plus souvent, au streptococcus. Celui-ci se répandait dans les ganglions, dans les reins affectés de néphrite scarlatineuse, dans la rate ou dans d'autres organes.

Dans d'autres observations, il s'était développé après la rougeole une pneumonie spécifique, centrale débutant autour d'un ganglion ramolli, renfermant, à la fois, des bacilles de Koch et un streptococcus. Parfois enfin un ganglion gangréneux, dans lequel on trouve des masses de bactéries, streptococci et bacilles saprogènes, devient le point de départ de plusieurs inflammations, de lésions et de septicémie. Dans d'autres lésions tuberculeuses, on a constaté de nouvelles espèces de bactéries, souvent pathogènes.

On peut donc dire que la tuberculose, au moins chez l'enfant, mène rarement, sans complications, à la mort. Ordinairement les lésions tuberculeuses ouvrent la porte à l'entrée d'autres bactéries. Dans certains cas, on pourrait même supposer que des bacilles saprogènes entrant dans un foyer tuberculeux, favorisent la culture du bacille de la tuberculose, et, par leur séjour dans ce foyer, empruntent des propriétés septiques nouvelles. Tandis qu'en vertu de la complication, les foyers tuberculeux tendent à se détruire rapidement. Dans d'autres cas, le rôle du second microbe est de former, avec le bacille de la tuberculose des produits spéciaux. Le second microbe se trouve alors plus ou moins lié aux produits tuberculeux. Chez les enfants, la lésion tuberculeuse est primitive et la lésion secondaire concourt surtout à l'aggravation du processus tuberculeux et de l'état général du malade. Tandis que [illegible] la tuberculose a été constaté seulement

dans les foyers tuberculeux, les microbes secondaires se trouvent souvent généralisés dans l'organisme, et il est certain que ces microbes sont souvent la cause des phénomènes septiques et pyémiques, des dégénérescence parencymateuses des enfants. Enfin tous les faits examinés indiquent d'une façon indéniable que la tuberculose latente, capsulée, extrêmement fréquente chez l'enfant sous la forme d'une tuberculose des ganglions, devient souvent active sous l'influence d'autres microbes, qui ont souvent une complicité évidente avec la tuberculose.

7.—M. Duret.—*De la caséo-tuberculose des ganglions lymphatiques et de son traitement.* Il y a lieu d'en distinguer trois formes :

1° *Une fibrocaséose,* constituée par des ganglions petits et durs, roulant sous le doigt, primitive ou secondaire à la caséification. Une seule méthode lui convient : l'extirpation, fréquemment dangereuse, car ils siègent au voisinage des grosses veines.

2° *Une caséo-tuberculose proprement dite.* Elle se présente sous deux aspects. *a*), en *chapelets* souvent étendus, suivant le trajet des lymphatiques ou des vaisseaux ; ce sont des ganglions infiltrés de matière caséeuse jusque dans leur coque. On transpercera chaque ganglion par la pointe ignée du thermocautère, ils s'élimineront par suppuration et la guérison aura lieu assez rapidement. *b*). en *masses agglomérées*, énormes, ils siègent surtout au cou dans les régions sous maxillaires, parotidiennes, carotidiennes, axillaires, dans la fosse iliaque et le pli de l'aine. N'extirpez pas, afin d'éviter les dangers de l'auto-inoculation. Introduisez le thermocautère au centre de la masse, évidez, incisez en croix, et allez, par l'ignipuncture simple brûler le centre des ganglions isolés périphériques. Le résultat est excellent, la réaction n'étant pas très grande. Pansement de Lister et pansement iodoformé.

3° *Des altérations ganglionnaires avec décollements, fistules, ulcérations,* les ganglions ayant suppuré. N'hésitez pas à porter le fer rouge partout, car vous obtenez des cicatrices qui ne sont pas déprimées ni difformes comme les autres. Coupez, évidez, débridez, cautérisez au thermo-cautère. Pansez cette large plaie à l'iodoforme et au pansement Lister. La guérison est rapide.

8. — MM. Cornil et Toupet.— *Note sur les pseudo-tuberculoses.* En voici deux exemples observés chez l'homme et l'antilope. L'observation prise chez l'homme concerne une petite tumeur sous-cutanée de la grosseur d'un pois, recueillie près du doigt ; on trouva un tissu fibreux englobant des follicules ayant l'apparence des follicules tuberculeux, avec des cellules géantes, sans bacilles, très limités à la périphérie, ne présentant ni cellules embryonnaires, ni cellules dégénérées ; les commémoratifs révélèrent une blessure faite par une *écaille d'huître* ayant précédé la formation d'un *nodule induré.* A force de chercher avec le microscope on trouva au milieu d'un des follicules un fragment de cette écaille, il y en avait un autre au milieu d'une cellule géante. — L'observation prise chez l'antilope du Jardin d'acclimatation a trait à une *maladie chronique*, qui avait tué plusieurs de ces animaux. Les lésions intestinales étaient absolument semblables à celles de la tuberculose : les ganglions étaient augmentés de volume et les parois de l'intestin, de même que les ganglions, renfermaient des follicules d'apparence tuberculeuse caséifiés au centre, contenant à la périphérie, les cellules embryonnaires, et des filaments de fibrine : absence de bacilles de Koch ; en revanche, on rencontra un micro-organisme qui avait la forme *d'une bactérie ovoïde, allongée,* à centre plus clair, et qui probablement est la bactérie pathogène.

9.—M. Hureau de Villeneuve. —*La viande crue ne convient pas aux phtisiques.* En effet, c'est surtout la graisse qui a diminué chez eux. De plus la viande crue peut être infectée de bacilles tuberculeux de tænias. Enfin, c'est précisément à l'aide d'aliments azotés qu'on fait maigrir les jockeys. Donnez aux phtisiques des graisses, des féculents, agréables à prendre, bien et savoureusement préparés et assaisonnés, des alcooliques, des médicaments amers propres à stimuler les fonctions digestives qu'arrête le dégoût de la viande crue et l'encombrement de l'économie par les substances azotées.

MM. Arloing et Galtier insistent sur le même point. On peut cependant prescrire à ces malades de la viande crue et du sang de mouton et de chèvre, surtout lorsque les animaux ont vécu à l'air libre. Ils ne sont pas alors infectés par la tuberculose et leur substance n'entraîne ni le dégoût ni la surcharge dont parle M. Hureau de Villeneuve. Le sang des mêmes animaux est propre à la clarification des vins.

F.—*Séance du 28 juillet* (Matin). Présidence de M. Verneuil.

1.—Question II (proposée par le Congrès).—*Des races humaines, les espèces animales et des milieux organiques envisagés au point de vue de leur aptitude à la tuberculose.*

M. Robinson (de Constantinople). — En *Asie Mineure*, la *tuberculose pulmonaire* (1) est fréquente, puisque du 1er octobre 1885 au 1er octobre 1887 l'orateur a soigné, sur 400 malades, 40 phtisiques. La transmission héréditaire a été observée en Cappadoce, et la contamination y est chose vulgaire, si l'on en juge d'après les précautions (destruction des objets ayant servi au malade) que l'on prend, précautions d'ailleurs plus mécaniques que franchement scientifiques. Une tribu nomade du Taurus présente la phtisie à l'état endémique dans la proportion de 1/70. Il est probable qu'elle est d'origine animale, ces bergers vendant leurs meilleurs bestiaux et se nourrissant des produits alimentaires que leur fournissent les plus malades. On peut les observer de temps à autre à l'hôpital de Césarée.

2 — M. Solles (de Bordeaux).—*Hérédité de la tuberculose chez le cobaye.* Ayant suivi avec soin la génération d'un cobaye mâle, né de parents tous deux artificiellement tuberculeux et accouplé à une femelle saine, l'expérimentateur conclut que les cobayes nés de parents tuberculeux ne se tuberculisent pas dès le jeune âge ; les premiers accidents n'apparaissent que tardivement. La tuberculose expérimentale marche beaucoup plus vite que la tuberculose héréditaire.

3. — M. Hanot.—*Sur la cirrhose tuberculeuse.* Ce travail est principalement basé sur une observation dans laquelle la tuberculose seule avait agi, à l'exception en particulier de l'alcoolisme. Il s'agit d'un jeune homme de 22 ans, mort de phtisie pulmonaire, chez lequel on trouva de l'ascite, bien que le péritoine fût intact, un foie petit, lobulé, sillonné, ficelé. Le microscope révéla de la sclérose multilobulaire, avec traces fibreuses ; cellules en état de dégénérescence graisseuse. M. Hanot caractérise ainsi cette pièce : *foie ficelé tuberculeux.* Absence absolue de syphilis, d'alcoolisme, d'impaludisme. Il est impossible d'admettre qu'il s'agit d'une hyperplasie conjonctive due à l'irritation causée par des tubercules rares ou tout à fait absents en pareil cas. Il est plus probable que ce soient les produits solubles secrétés par les microbes qui viennent cirrhoser le foie.

4. — M. Arloing communique une note de M. Galtier sur *l'hérédité de la tuberculose expérimentale.* —En inoculant des femelles grosses et en sacrifiant les fœtus pour en inoculer les produits, l'auteur n'a rien obtenu ; l'inoculation des tissus d'un fœtus issu d'une vache tuberculeuse qui avait avorté n'a pas donné davantage. A côté de cela, une lapine inoculée au 15e jour de sa gestation eut cinq petits à terme ; trois sur cinq, tous allaités par elle devinrent spontanément tuberculeux. L'inoculation par voie intraveineuse d'une lapine, qui avait subi les approches du mâle 4 ou 5 jours auparavant, produisit la tuberculose de la mère, tandis que les petits restaient indemnes. La transmission par voie utérine existe donc quoique très rare. M. Arloing a plus spécialement envisagé la question de l'hérédité pure et de la contagion dans le cas de lésions scrofuleuses. Il signale une transmission par voie utérine. A la suite, en effet, de l'inoculation maternelle, deux petits cobayes, nés dix jours après l'opération, étaient porteurs de masses caseeuses sur la peau quand ils succombèrent naturellement au bout de trois mois.

5. —M. Robcis (de Paris).—*Quel rapport y a-t-il entre l'aptitude de la vache à être bonne laitière et la fréquence de la tuberculose chez cet animal ?* Sur 200 autopsies de vaches laitières l'orateur n'a eu à déplorer que 3 0/0 de tuberculose soit 9 autopsies concernant, 1 vache normande, 3 vaches flamandes, 5 vaches hollandaises.

6. —M. Ricochon (de Champdeniers).—*Les familles de tuber-*

1 Travail lu par M. le Secrétaire général.

culeux. Voici 53 observations de phtisies pulmonaires dans lesquelles il a été possible de faire une enquête approfondie sur les antécédents personnels et héréditaires. Elles se décomposent en :

Tuberculose chez les parents ou les collatéraux.	181 fois.
Maladies nerveuses et mentales	83 »
Luxations congénitales de la hanche	38 »
Déviations osseuses	33 »
Cancer.	28 »

Toutes ces affections signifient que les tissus de l'économie ont subi une déchéance chimique qui transformant le terrain, le rend apte à la culture bacillaire.

7.—M. FERRAND (de Paris). *Quelques faits relatifs à l'hérédité de la contagion dans les familles.* Histoire de 3 familles témoignant de l'hérédité certaine ; la contagion n'y est que secondaire. En effet, la cohabitation n'a jamais déterminé de tuberculose chez l'époux sain, et les enfants ont tous présenté des manifestations tuberculeuses.

8.—M. MALVOZ (de Liège). Le fœtus est plus défendu qu'on ne le croit contre la tuberculose, parce que le *microbe ne traverse pas le placenta sain.* Et le microbe ne lèse pas le placenta parce que cet organe est, bien moins que la rate, etc un organe de fixation des microorganismes. Aussi n'existe-t-il que quelques cas de tuberculose congénitale en médecine vétérinaire.

9.— M. CAGNY (de Senlis). Une observation de *phtisie humaine communiquée aux poules.* Note lue par M. Piot. La basse-cour d'une famille périclitant et les animaux possédant des lésions tuberculeuses du foie, M. Cagny s'enquit et apprit que le fils de la maison, atteint de phtisie pulmonaire, se promenait souvent dans son poulaillier ; où avait même remarqué que ces animaux se précipitaient avidement sur les crachats qu'il expectorait. Il fallut sacrifier la population du poulailler, nettoyer et désinfecter la basse-cour pour que la normale se rétablit.

10.—M. JONESCO (de Paris). *Arthrites tuberculeuses chez un arthritique.* Sous ce titre l'auteur comunique un cas d'hybridité tuberculoso-arthritimue. Il s'agit d'un rhumatisant né d'un père tuberculeux et d'une mère rhumatisante, atteint finalement d'arthrite fongueuse du genou droit, d'arthrite tuberculeuse du genou gauche, et de lésions tuberculeuses du sommet droit. Le rhumatisme a modifié le terrain et l'a préparé à la pénétration féconde des bacilles. Ajoutons que sur 4 enfants engendrés par lui, 3 sont morts d'accidents tuberculeux divers avant que lui-même ait présenté des phénomènes de ce genre.

M. VERNEUIL. — Cette combinaison de deux dyscrasies s'explique le plus souvent par les maladies des ascendants ; le plus habituellement le père est atteint d'une des deux diathèses, et la mère de l'autre. De même l'anthrax est très rare chez les scrofuleux ; quand il se produit, on trouve que l'un des générateurs était arthritique, tandis que l'autre était tuberculeux.

G.—*Séance du 28 juillet* (soir). — PRÉSIDENCE DE M. DEGIVE (de Bruxelles).

1.—M. AGUIRRE (du Chili) donne des renseignements sur la *tuberculose* en son pays. Il signale l'alimentation vicieuse des enfants. Aussi, à Santiago, les trois dixièmes de la mortalité générale s'appliquent-ils aux enfants. La mortalité générale comparée à celle des divers pays révèle que la tuberculose fournit à elle seule 22 0/0 des décès pour les hommes et 33 0/0 pour les femmes. L'hérédité et la contagion sont formelles ; elles s'appliquent à 20 0/0 des cas. Enfin, la tuberculose fait un ravage inouï dans les hôpitaux de Santiago. Aussi a-t-on proscrit la viande des animaux tuberculeux.

2.—M. LEGROUX. *De la micropolyadénopathie comme indice de la tuberculose profonde.* Les enfants de Paris sont follement et sournoisement tuberculeux. Il y a donc un intérêt majeur à dépister cette maladie au milieu des signes bruyants d'autres affections ou syndromes. Nous n'en avons pas d'élément séméiotique certain, prématurément certain. Mais ces petits engorgements multiples du cou ou d'autres régions, indolents, roulant sous le doigt, qu'on désigne sous le nom de lymphatisme, ont une importance considérable. Ces espèces de petits grains de plomb ronds que l'on rencontre chez des enfants de 10 à 20 mois et jusqu'à l'âge de 13 ans, au cou, dans les carrefours axillaires et au pli de l'aine, indiquent l'apparition plus ou moins prochaine de la tuberculose. Leur constance, en pareil cas, prouve l'infection, car on n'en retrouve pas l'origine. Il est vrai qu'ils disparaissent souvent avec l'âge ; on dit alors que le tempérament lymphathique s'est transformé en un autre. — Mais, à côté de cela, ils se mettent fréquemment à suppurer, et l'on diagnostique la scrofulo-tuberculose. En réalité, c'est dans l'un et l'autre cas de l'adéno-tuberculose démontrée par les adéno-scrofules suppurées ou non. Ce qui nous manque c'est la démonstration précoce du microbe dans ces ganglions. Leur nature n'est pas cliniquement douteuse, car dans tout exemple de tuberculose locale, cette micropolyadénopathie a persisté et s'est généralisée préalablement, souvent même elle devient caséeuse et suppure. Il arrive encore que, l'enfant porteur de cette micropolyadénopathie succombant à une affection intercurrente, l'autopsie révèle des manifestations inaperçues pendant la vie de tuberculose intra-thoracique. Tout enfant qui est atteint d'accidents méningitiques douteux présente à l'autopsie, s'il était porteur de cette micropolyadénopathie, de la véritable tuberculose.

M. DAREMBERG ajoute qu'il a vu survenir la micropolyadénopathie dont parle M. Legroux à la suite d'une angine tuberculeuse, greffée elle-même sur de grosses amygdales, angine tuberculeuse consécutive à l'ingestion du lait ou aux embrassements d'une mère tuberculeuse. Il a constaté dans ces divers produits les bacilles caractéristiques en pareil cas. Il convient donc toujours de pratiquer une antisepsie méticuleuse sur les grosses amygdales des enfants.

3.—M. LELOIR. *Nature des variétés atypiques du lupus vulgaire.* L'orateur a déjà démontré que la forme classique du lupus est une *tuberculose atténuée du tégument.* Or, il existe des aspects particuliers, atypiques à tous égards du lupus. Sont-ce des lupus ? Sont-ce, en d'autres termes, des tuberculoses atténuées du tégument ? 1° Une première variété est constituée par des blocs vitreux de dégénérescence colloïde ; au centre des follicules lupeux on trouve ces organismes demi-opaques, et çà et là de petits kystes colloïdes ; autour des follicules existent des cellules embryonnaires ; il n'y a que très peu de cellules géantes, contenant quelques très rares bacilles ; cette variété est donc une variété atténuée de la tuberculose tégumentaire, *variété colloïde*. 2° Dans une seconde variété, le tubercule est transparent, mollasse, gélatiniforme, très vasculaire ; on y voit souvent de petits kystes muqueux ; il y a infiltration diffuse des cellules embryonnaires irrégulièrement disséminées dans un tissu conjonctif profondément altéré (disparition des fibres élastiques, gélatiniforme, finement granuleux : quelques-unes des cellules de ce tissu conjonctif ont subi la dégénérescence muqueuse ; les follicules lupeux vrais y sont rares ; les cellules géantes y sont extrêmement rares, le plus souvent il n'y a pas de bacilles. C'est encore une variété atténuée de la tuberculose tégumentaire, variété *muqueuse ou myxomateuse*. 3° La troisième variété appartient à la *forme scléreuse*. M. Leloir l'a déjà décrite avec E. Vidal. Elle rappelle la tuberculose verruqueuse des Allemands, la tuberculose fibreuse des poumons. De récentes inoculations de M. Leloir montrent qu'il y a des bacilles, bien qu'ils y soient infiniment rares. C'est donc encore une variété atténuée de tuberculose tégumentaire. L'orateur a observé un lupus scléreux de la face dorsale de la langue. On dit que le lupus est une tuberculose atténuée, parce qu'on y rencontre très peu de bacilles, que l'inoculation s'en fait lentement et parfois, que l'inoculabilité est nulle.

4.—M. BANG (de Copenhague). *Fréquence de la tuberculose héréditaire chez les animaux.* — Dans l'immense majorité des cas, en Danemark, c'est à l'hérédité directe, c'est-à-dire contagieuse du père et de la mère au produit que l'on a affaire. Il a cependant observé des cas de transmission héréditaire sans contagion. L'enquête à laquelle il s'est livré, lui a indiqué l'extrême fréquence de la tuberculose chez des veaux nouveau-nés, ce qui signifie contamination de la part des parents.

5. — M. VARGAS (de Madrid) présente une *concrétion calcaire* rejetée à la suite de quintes de toux au milieu d'une couche de mucus et de crachats sanguinolents dans un cas de

tuberculose localisée. Trois expectorations du même genre ont été expulsées.

6. — M. HALLOPEAU et WICKHAM. — *Sur une forme suppurée de lupus tuberculeux.* — Généralement le lupus ne suppure que secondairement, quand il a été irrité par les topiques irritants. Voici cependant un malade qui porte à la face (le moule est présenté à l'appui) des *gommes tuberculeuses primitivement suppurées* constituées par des nodosités présentant un point jaunâtre central et des portions fluctuantes gommeuses. Il s'en écoule un liquide puriforme ou citrin, filant, gommeux. On constate tous les intermédiaires, au point de vue du volume, entre le nodule minime et le diamètre d'une noix. Quelle qu'en soit du reste la grosseur, ils offrent tous le même caractère. Atteinte simultanée des muqueuses naso-buccales et du pharynx. C'est la suppuration depuis le début de l'affection qui en représente le cachet. Cette maladie semble avoir commencé à la suite d'une morsure de cheval au visage. Aussi, à raison de cet aspect insolite, M. Hallopeau crut-il dans le principe avoir affaire à un farcin chronique anormal, d'autant que les recherches bactériologiques étaient d'abord demeurées négatives. Les cultures finirent par trancher la question, les produits des inoculations heureuses décélèrent des bacilles, et, tout à la fin, ces bacilles furent rencontrés dans les produits d'élimination du malade même. On constata aussi dans les liquides puriformes quelques micrococci, mais il est probable que ces microbes pyogéniques n'ont apparu dans les produits tuberculeux que secondairement, les bactéries ont dû engendrer des ptomaïnes qui ont été la cause du pus, puis dans ce pus a fini par apparaître des microbes. Autrement dit: les bacilles de la tuberculose, en engendrant des leucomaïnes ont provoqué l'irritation des tissus ambiants, dermiques et sous dermiques, de laquelle est issue d'emblée la suppuration, grâce à l'idiosyncrasie du terrain, du malade en question; puis, lorsque l'abcès s'est ouvert à l'extérieur il y a pénétré du dehors des microbes pyogéniques. Il y a donc un pus d'origine interne sans microbe et un pus d'origine externe par micrococcus.

7. — M. E. CALMETTE (de l'école Saint-Cyr). — *Note sur l'évolution et la thérapeutique de la tuberculose dans un milieu salubre.* — C'est de Belle-Isle-en-Mer dont il s'agit, située, comme on sait en pleine mer, à 13 kilomètres de Quimper et à 20 kilomètres de Quiberon. L'orateur a observé l'évolution de la tuberculose dans cette région absolument dépourvue de microbes. La tuberculose y a été importée il y a seulement 20 ans. Les habitants en attribuent l'origine à la lèpre qui, en effet, a sévi à Belle-Isle pendant cinquante ans, et n'a disparu que depuis 25 à 30 ans. M. Calmette y a néanmoins vu l'an dernier un léontiasis. Quoiqu'il en soit, nul n'ignore que pareille filiation n'existe pas. L'expansion épidémique de la tuberculose se suit de maison en maison. Le milieu salubre en modifie profondément l'évolution. La maladie marche excessivement lentement et se localise exclusivement aux viscères. Sur 32 observations, il a été constaté que la tuberculose, après avoir débuté pendant l'enfance, avait sommeillé pendant cinq à six ans, puis s'était reveillée d'une façon insidieuse pour continuer à évoluer lentement, sans fièvre hectique. Quelquefois elle a commencé par de la broncho pneumonie, pour se continuer ensuite dans les voies digestives. D'où l'indication de porter dans l'appareil digestif les antiseptiques tels que l'iodoforme, la naphtaline, le phénol. L'orateur recommande le phosphore associé à l'eau de mer filtrée et légèrement aromatisée : c'est ce qu'il appelle pratiquer l'asepsie médicale. Sur 17 cas graves, par ce traitement, il a obtenu quatre améliorations pouvant être tenues pour des quasi-guérisons.

8. — M. ARLOING. — *Diverses modes d'évolution de la tuberculose expérimentale.* D'abord, quelle est la sensibilité comparée du cobaye et du lapin à l'égard de cette infection? Chez le cochon d'Inde, très sensible, à l'inoculation, l'évolution est régulière et, dès le second mois, la tuberculose se montre généralisée. Il n'en est pas de même du lapin qui offre à l'inoculation une réceptivité très faible. Contrairement à ce qu'on croit, cet animal devient difficilement tuberculeux par les inoculations hypodermiques de tubercules empruntés à l'homme; sur un groupe de lapins inoculés le même jour dans ces conditions, quelques-uns échapperont à la contamination, d'autres seront peu affectés, d'aucuns n'auront même qu'un tubercule solitaire exigeant pour l'appréciation, la réinoculation chez le cobaye. Le mode d'évolution varie ainsi suivant ces deux espèces animales infectées par la voie hypodermique chez le cobaye les lésions tendent de la périphérie à gagner le poumon, sans omission aucune dans la chaine lymphatique intermédiaire. Chez le lapin, au contraire, il n'y a souvent pas d'accident local, ou cet accident n'est que très faible (une ou deux granulations sous-cutanées ou intermusculaires), puis la lésion fait un bond sur le poumon sans altération intermédiaire l'examen périphérique ne permet donc pas de se renseigner. En somme, le cochon d'Inde est l'animal le plus apte à l'étude, le plus méthodiquement apte à la propagation tuberculeuse. Chez lui aussi, la rate se tuberculise rapidement; dès que le système ganglionnaire abdominal est envahi, alors que le poumon est sain. Chez le lapin, la rate se prend lentement, elle ne se prend qu'après les organes thoraciques; on inocule la peau de la face interne de la cuisse, l'infection saute sur le poumon, puis descend à la rate. C'est pourquoi M. Arloing tendrait à admettre pour cet organe, chez le lapin, un double système lymphatique, un système sous-lombaire et le système ordinaire qui va de la rate à la citerne de Pecquet. Telles sont les particularités remarquables afférentes au lapin infecté par de la matière tuberculeuse empruntée au poumon de l'homme, si l'on emploie du tubercule de la vache ou du bœuf on voit les choses marcher comme chez le cobaye, les abcès ganglionnaires sous-lombaires apparaissent et l'évolution suit avec rigueur et rapidité ce qui prouve que le tubercule de l'espèce bovine présente une plus grande virulence que celui de l'espèce humaine.

M. NOCARD confirme l'exactitude de ces données.

M. SOLLES. — La rate ne se prend pas toujours chez le lapin; chez lui, la tuberculose peut durer extrêmement longtemps voire pendant trois ans et trois mois.

M. LELOIR confirme les assertions de M. Arloing en ce qui concerne les inoculations lupiques chez les cobayes.

M. VALLDE. — Les inoculations tuberculeuses dans la chambre antérieure du lapin évoluent généralement avec une très grande lenteur; au bout de deux mois, on constate quelques tubercules dans le foie et c'est tout, le poumon est indemne, quelquefois il y a quelques granulations spléniques.

M. VERNEUIL, préoccupé d'effectuer le plus vite possible le diagnostic de la tuberculose au point de vue de la pratique chirurgicale, s'arrête au cobaye, introduisant le produit douteux des parties affectées dans la cavité abdominale de l'animal. Dix jours suffisent.

Sur une demande de MM. DAREMBERG et LELOIR, M. ARLOING répète que sa description s'applique surtout à l'inoculation dans le tissu conjonctif sous-cutané.

M. LELOIR dit que le nodule de lupus inoculé dans le tissu sous-cutané ne donne que des résultats négatifs, ce nodule ne vit que si on lui accole un lambeau d'épiploon, il se développe en ce point une tuberculose locale qui lentement finit par se généraliser.

9. — M. VALLDE. — *Tuberculose des glandes salivaires.* — Les lésions tuberculeuses de la bouche ne se rencontrent qu'avec une très grande rareté relative, surtout si l'on songe à l'étendue du foyer de contamination et au nombre infini des micro-organismes qui peuvent pénétrer et séjourner à la surface de la langue et de la muqueuse buccale. D'où vient que le microbe tuberculeux ne prend pas plus souvent racine dans un terrain où il séjourne quotidiennement? D'où vient aussi que la dégénération tuberculeuse des glandes salivaires soit presque inconnue?

Il est probable qu'il faut invoquer ici la même raison qui nous a permis d'expliquer le peu de fréquence de la tuberculose de la muqueuse salivaire. Ce sont les nombreux micro-organismes contenus dans la salive qui empêchent les bacilles tuberculeux d'évoluer et de produire des lésions spécifiques.

Pour vérifier cette hypothèse, nous avons institué une double série d'expériences ayant pour but de démontrer la possibilité d'inoculer directement les glandes salivaires avec de la culture pure de tubercule. Ces expériences ont démontré que les

glandes salivaires étaient parfaitement inoculables, et que les inoculations étaient positives dans l'immense majorité des cas.

Par conséquent le liquide salivaire, par lui-même, ou tout au moins la salive de chacune des glandes, prise isolément, n'est pas capable de neutraliser l'effet du virus tuberculeux.

Si la tuberculose éprouve tant de difficultés à se greffer à la surface de la bouche ou dans les glandes salivaires elles-mêmes, c'est qu'il existe dans la cavité buccale un obstacle au développement du bacille spécifique. Cet obstacle est dû, vraisemblablement, à l'accumulation de microorganismes de toute nature, capables, par leur puissance de reproduction, de s'opposer à l'action germinative du microbe de la tuberculose.

Essais de tuberculisation expérimentale du sac lacrymal. — Dans une série antérieure de recherches, j'ai démontré que la tuberculose de la conjonctive était rare, parce que le liquide lacrymal contenait des principes chimiques ou des microorganismes d'une nature telle que le bacille spécifique de la tuberculose était par eux atteint et détruit.

Pour vérifier l'action destructive spéciale du liquide des larmes, j'ai tenté l'inoculation tuberculeuse du sac lacrymal; dans cet espace en effet, la sécrétion lacrymale se rassemble ensuite et [illegible], après avoir traversé les culs-de-sacs conjonctivaux et y avoir recueilli les divers microorganismes de l'extérieur.

Dix lapins ont été inoculés des deux côtés, dans l'intérieur du sac lacrymal; soit un total de vingt inoculations tuberculeuses. Aucune n'a réussi au niveau de la muqueuse proprement dite, il s'est produit trois fois un nodule tuberculeux dans le tissu cellulaire circonvoisin, tenant à ce qu'une petite partie du liquide inoculé avait été déposée accidentellement en dehors du sac. La muqueuse du sac est toujours restée indemne, malgré qu'elle ait été dilacérée au cours de l'inoculation et que le liquide spécifique soit venu au contact de cette plaie.

Nous croyons pouvoir conclure de ces expériences, ainsi que de celles exécutées antérieurement sur la conjonctive, que l'action spécifique du virus tuberculeux a été annihilée par le liquide naturel contenu dans le sac. Les propriétés destructives de ce liquide à l'égard du bacille tuberculeux tiennent vraisemblablement à la présence de nombreux microorganismes ou streptocoques dont la puissance est considérable vis-à-vis du microbe de la tuberculose, et qui sont capables d'empêcher la pullulation de celui-ci, et, par suite, ses effets nuisibles.

10 M. JEANNEL (de Toulouse), sous le titre de *la fièvre tuberculeuse infectieuse* [illegible] décrit une affection caractérisée pour de la fièvre sans manifestation locale : elle ressemble à de la fièvre typhoïde et surtout à cette fièvre typhoïde atténuée, qualifiée d'embarras gastrique fébrile. L'autopsie décèle que c'est une tuberculose; ou bien elle guérit et, le diagnostic restant douteux, on y voit, quand, à sa suite, se manifeste indéniablement le processus tuberculeux, une tuberculose greffée sur la fièvre typhoïde préexistante. Or c'est une erreur. Cette erreur se reconnaît à l'ascension brusque de la température qui, dès les deux premiers jours atteint 39° à 40°, à la courbe en plateau des quelques jours consécutifs, finalement, à la descente brutale et irrégulière, à ce moment, se montrent des sueurs profuses, sans périodicité, présentant une odeur spéciale *sui generis* qui leur impriment un cachet à part. Pas d'accidents cérébraux; l'intelligence est conservée; il n'existe aucune stupeur, seule la parole paraît entrecoupée, branlante, triste. De plus cette maladie cède à l'antipyrine, ce qui n'a pas lieu pour la fièvre typhoïde, l'antipyrine coupe en l'espèce la fièvre exactement comme le sulfate de quinine la coupe dans la fièvre intermittente, et cela non pas à doses massives, mais à faibles doses (2 à 3 gr. au plus dispensés dans les 24 heures). L'action de ce médicament est ici quasi spécifique et dépourvue de tout inconvénient. La guérison en est donc possible et même complète. La fièvre tuberculeuse doit donc revendiquer une place relativement importante dans les fièvres continues.

11, M. THIERRY (d'Auxerre), *De la propagation de la tuberculose dans les pays où on [illegible] pour spécialement les veaux de boucherie.* — La cause en est, comme l'a démontré M. Pion, en [illegible] des traites de lait fourni par les vaches tuberculeuses; on ne se préoccupe pas de savoir s'il en est parmi elles de tuberculeuses. Ce n'est pas tout, vous faites disparaître les vaches ou la vache tuberculeuse du troupeau et voici que la tuberculose persiste. La raison en est qu'on a oublié de changer les baquets, qu'on n'a pas nettoyé, désinfecté à fond le milieu. Le nettoyage fait, la tuberculose disparaît.

M. VAN HERSTEN (de Bruxelles). — Il y a très peu de veaux tuberculeux. On n'en trouve qu'un sur six, sept ou huit cents. La tuberculose est pulmonaire et mésentérique. En revanche, quatre pour cent des vaches laitières sont tuberculeuses et la tuberculose est chez elles généralisée à tous les organes. Cela prouve que la tuberculose se développe à un degré plus avancé du développement de l'animal et n'est pas si héréditaire qu'on le croit. Pour une population de 187.000 âmes, on abat par semaine 650 à 750 veaux, le double de ce qu'on tue à Paris. En outre, à Bruxelles, les bouchers reçoivent des indemnités et des récompenses quand ils dénoncent des bêtes malades. Le vendredi, M. van Hersten fait lui-même le service et c'est justement le vendredi qu'on abat les veaux de 8 heures du matin à 3 ou 4 heures de l'après-midi. Donc il est certain de ce qu'il avance.

M. GIRARD (de Reims). Depuis 3 ans, sur 24.000 veaux abattus à Reims, on n'a vu que huit cas de tuberculose, il s'agissait de tuberculose péritonéale.

MM. GIRARD, NOCARD et SOLES appellent l'attention des Bureaux, sur la nécessité de serrer de près et de grouper dans les dernières séances les propositions des divers membres ou délégués des diverses sociétés présentes ici.

II. — *Séance du 30 juillet 1888* (matin). — PRÉSIDENCE DE MM. CHAUVEAU ET VERNEUIL.

La journée de dimanche n'a pas été perdue, elle a été consacrée à la visite et à la nécropsie d'animaux tuberculeux, sous la conduite de M. le professeur NOCARD, directeur de l'école d'Alfort, dont il faisait naturellement les honneurs (voir p. 85).

M. le secrétaire général présente au nom de M. BUTEL deux brochures sur : *La tuberculose des animaux et la phtisie humaine*, et un *rapport sur la péri-pneumonie contagieuse* (diagnostic différentiel, inoculation, police sanitaire), ainsi qu'un travail de MM. MIQUEL et RUEFF sur les *pulvérisations hydromercuriques dans la phtisie.*

QUESTION III proposée par le Congrès : *Voies d'introduction et de propagation du virus tuberculeux dans l'économie. Mesures prophylactiques.*

1. — M. le secrétaire général lit un mémoire de M. PIERRE DE T[illegible] de L[illegible], relatif à la propagation des *bacilles de la tuberculose par la cornée.* L'introduction en ayant été faite avec l'aiguille, cet auteur a observé dans les douze premières heures que, bien qu'il y eût peu de chose, les bacilles avaient déjà pénétré dans les espaces conjonctifs de la couche moyenne. Au bout de 24 heures, ils avaient envahi la couche élastique, du 15e au 20e jour il existait un ulcère arrivé à son maximum : hyperplasie vasculaire, hypergenèse de leucocytes, etc. A ce moment, les lymphatiques s'engouent de bacilles. Ce n'est que vers le 35e ou le 40e jour que l'infection générale se produit; à ce moment, on aurait beau enlever l'œil, on ne saurait s'y opposer.

2. — M. J. ROUSSEL. *L'antisepsie médicale hypodermique par l'arsenic et l'eucalyptol.* Je crois à la supériorité de la médication directe hypodermique et à la nécessité de l'asepsie opératoire. Ce sont les principes de mes instruments pour la transfusion directe ou pour l'infusion intra-veineuse et les injections sous-cutanées. L'asepsie de l'opération m'a conduit à chercher la médication antiseptique contre les maladies infectieuses comme la tuberculose. L'arséniate de strychnine en injection hypodermique stérilise les organes et le sang, mais il ne s'adresse pas assez spécialement au poumon. J'ai cherché un agent pulmonaire dans les essences volatiles. Dès 187[illegible] j'ai entrepris à injecter l'essence d'eucalyptus; j'y suis enfin arrivé en trouvant les solutions huileuses végétales; l'huile minérale de vaseline est inassimilable. Le traitement antiseptique de la phtisie se compose d'injections d'arséniate de strychnine, d'eucalyptol et de spartéine. La stérilisation de l'intestin est obtenue par des boissons camphrées. L'alimentation est simple, mais répétée toutes les deux heures. Si l'eucalyptol ne détruit pas toujours les bacilles, il stérilise le

terrain pour le rendre moins colonisable. 35 phtisiques sur 145 paraissent guéris depuis plus d'un an. 12 avaient des bacilles et en sont débarrassés. 9 portaient les ongles hippocratiques qui se sont réparés. Je tiens la phtisie pour curable dans un quart des cas.

3. — M. Torkomian (de Scutari) envoie une observation lue par le secrétaire général, observation prise sur lui-même. Elle relate qu'en 1882, il s'est *piqué en pratiquant l'autopsie d'un tuberculeux* (tuberculose généralisée). Il a été soigné par MM. Potain et Du Castel. Trois ou quatre jours après cette piqûre, apparut une tuméfaction qui augmenta d'intensité, si bien qu'au troisième jour la racine du doigt était prise et qu'il éprouvait des douleurs lancinantes ; les ganglions furent envahis. Au quinzième jour, au lieu d'inoculation, on constatait un point blanchâtre dur, résistant, plein de pus mais en petite quantité. L'amélioration se produisit sous l'influence des antiseptiques ; la cicatrisation s'effectua par cautérisation au nitrate d'argent du bourgeon restant. Il n'y eut pas de phénomènes généraux. Il n'est pas devenu tuberculeux.

M. Verneuil raconte qu'il s'est, en pratiquant une opération sur le cadavre, piqué en même temps que Maisonneuve, et que, comme lui, il a eu un tubercule anatomique qui, ni chez l'un ni chez l'autre n'a engendré la tuberculose. Il fait remarquer qu'ils n'étaient pas lymphatiques et qu'ils ne constituaient pas un terrain favorable au développement bacillaire. La généralisation s'effectue lorsqu'il y a ensemencement d'individus dont la constitution n'est pas robuste. Enfin, il y a évidemment des cas dans lesquels le tubercule anatomique du doigt est un signe et non la cause de la tuberculose générale.

M. Chauveau a éprouvé identiquement les mêmes accidents que M. Torkomian ; il n'est pas devenu phtisique, bien que le tubercule anatomique ait duré 3 mois. Du reste, la voie sous-épidermique superficielle n'est pas favorable à l'inoculation : il faut pour cela une ouverture plus large et l'introduction hypodermique. Toutefois, il est des cas dans lesquels le virus tuberculeux est horriblement dangereux chez certains sujets.

M. Villemin. — Pour que le bacille tuberculeux s'inocule, il lui faut la tranquillité. Or, les plaies que vous vous faites par accident, vous les lavez et les tourmentez. L'absorption épidermique superficielle exige que l'on isole convenablement l'épiderme et qu'on y maintienne appliqué le germe tuberculeux, tout autre condition grâce à la desquamation épidermique élimine le germe en question.

4. — M. Jeannel (de Toulouse) parle de deux observations. La première concerne une dame qui, à la suite de la mort de son fils, soigné par elle pour une phtisie tuberculeuse, a eu un abcès du pouce ; maintenant, elle s'amaigrit et est phtisique. La seconde a trait à une fille publique qui, mordue dans le dos, a été prise en ce point d'un abcès froid dans lequel il a trouvé à foison des bacilles de Koch. Ses expériences personnelles, à l'aide d'inoculations par la lancette à vaccin, lui ont donné des résultats fort inégaux. Il saisit cette occasion pour ajouter, en réponse à M. Arloing que, si le lapin constitue un mauvais terrain pour la tuberculose, les résultats positifs n'en ont que plus de valeur ; il en est ainsi de quatre séries d'expériences qui lui sont personnelles, dans lesquelles il convient de signaler que la tuberculose demeura chez cet animal malgré l'inoculation, pendant un certain temps, locale. Voici ce qu'il a imaginé pour rechercher le *temps que met le bacille à franchir les voies d'absorption et à se généraliser*. Une première catégorie d'expériences se comporta ainsi : On inocule le lapin à l'oreille. Si l'on n'enlève pas la région auriculaire sise au-dessus du point d'inoculation en dix minutes, l'animal est envahi ; si l'on attend 24 heures, il est sûrement perdu. L'ablation des ganglions intraparotidiens, des ganglions de la glande sous-maxillaire, et leur extirpation produit malheureusement un traumatisme grave et une psorospermie fatale. Un animal a survécu à ce traumatisme et il est devenu tuberculeux. Le virus tuberculeux marche donc très rapidement Une autre catégorie d'expériences sur le même animal a été consacrée à la *recherche du virus dans le sang*, mais, comme il est évident que peu de temps après l'inoculation ce virus ne peut être qu'à l'état de dilution extrême, l'opérateur a dû procéder à cette recherche par *voie de réinoculation du sang du lapin primitivement inoculé et saigné à blanc*. On a successivement employé l'inoculation simple de sang artériel ou de sang veineux, ou mieux la transfusion directe dans le péritoine. Sur 54 lapins primitivement inoculés, on a obtenu 24 réinoculations. Sur 14 animaux, dont on prenait le sang de la fémorale pour le jeter directement dans le péritoine d'un autre animal, on a obtenu 4 tuberculisations : de 3 animaux, on a transfusé le sang veineux (veine-cave) dans le péritoine d'un autre patient on a vu s'effectuer une tuberculisation. Cinq lapins inoculés auxquels on a enlevé du sang de la veine-cave, qu'on a conservé un certain temps, puis injecté dans le péritoine d'autres lapins, ont fait un tuberculeux ; enfin, quatre transfusions ordinaires ont entraîné quatre tuberculisation. Les résultats ont été positifs depuis la 16e heure consécutive à l'inoculation première jusqu'au 8e jour. Le sang du lapin tuberculeux est donc rapidement virulent. Aucune opération chirurgicale ne peut, par suite, l'empêcher de devenir tuberculeux. Il en est de même pour un malade quelconque. Le traitement médical s'impose, et l'hygiène exige un radicalisme absolu puisque la tuberculose est généralisée avant qu'il n'y ait de manifestations locales. La tuberculose a franchi le système ganglionnaire dès le 4e jour ; le sang est virulent au bout de seize heures ; la tuberculose est généralisée bien avant la production de lésions viscérales.

M. Arloing. — Evidemment le sang est vite infecté de bacilles ; mais comment se fait-il qu'il ne se forme pas d'emblée et irrégulièrement des foyers partout. C'est qu'il faut que le microbe secrète une matière amorphe et phlogogène qui prépare le terrain aux autres microbes, ses amis, qui attendent, pour ainsi dire, la préparation du bouillon de culture.

5. — M Tscherning (de Copenhague). *De quelques cas de pratique chirurgicale dans lesquels l'infection locale a été consécutive à une lésion sous-cutanée.* — C'est d'abord un serviteur qui, s'étant coupé à un crachoir cassé usité par un phtisique, a été pris d'adénite du cou et de l'aisselle ; ces ganglions étaient pleins de bacilles. Le malade n'a pas éprouvé de nouvelles manifestations depuis. Constitution robuste antérieure. Actuellement, l'orateur soigne un individu atteint de tuberculose cutanée ; il s'agit d'un jeune vétérinaire qui s'étant piqué au doigt en autopsiant un animal tuberculeux a eu un tubercule anatomique ; l'extirpation a été exécutée.

M. Boussakis (d'Athènes) signale en Grèce la propagation de la tuberculose d'homme à homme. Il dit que dans son pays il n'y a pas d'antagonisme entre la malaria et la tuberculose, et que dans la commune de Lessis, où l'impaludisme est endémique, depuis quelques années la tuberculose sévit conjointement. C'est la contagion directe, la communauté des objets ordinaires de la vie qui est la cause de cette transmission.

6. — MM. Strauss et Wurtz. *Action du suc gastrique sur le bacille de la tuberculose.* — Si l'on emprunte, par l'établissement d'une fistule gastrique au chien, un suc gastrique très actif, essayé, et qu'on y introduise des cultures de tuberculose pures et très actives, également essayées, voici ce qu'on observe. On sème, par exemple, dans un centimètre cube de ce suc gastrique quelques gouttes de ces cultures et l'on place le mélange à l'étuve pendant 1 heure, 2 heures, 3, 4, 5, 6, 7, 24, 48 heures. On inocule à ces divers laps de temps le mélange à des lapins soit dans le péritoine, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané. Ces animaux deviennent tuberculeux nettement quand le suc gastrique a agi sur le virus de 1 heure à 6 heures. Quand la culture a subi l'action du suc gastrique pendant 24 heures, les lapins ne deviennent pas tuberculeux. Donc la virulence du bacille sporulé résiste longtemps au suc gastrique. Il est donc chimérique de compter chez l'homme sur l'intervention protectrice du suc gastrique.

Les poules résistent admirablement à la tuberculose par ingestion gastrique. Un poulailler a été nourri par des crachoirs pleins de crachats de phtisiques. Chaque poule absorbait au moins un plein crachoir par jour, de crachats mélangés à du pain. On y ajoutait un hachis composé d'organes tuberculeux. Leur santé et leur ponte sont demeurées parfaites. Elles ont, en sept mois, absorbé plus de 45 kilog. de crachats. Malgré un an de ce régime, leur autopsie n'a révélé aucune trace de tuberculose, aucun bacille, aucune virulence. Reste à analyser le déterminisme.

7. — M. Landouzy. — *La première enfance envisagée comme*

milieu organique dans ses rapports avec la tuberculose. — La bacillose de la première enfance, des bébés, de un jour à 2 ans, présente une évolution spéciale, et un mode de traduction anatomopathologique qui la distinguent de la bacillose de la seconde enfance. Elle décèle une infection surtout générale, tandis que la seconde revêt l'aspect d'une tuberculose locale. Elle se traduit, en effet, surtout par de la fièvre et de l'amaigrissement; le poumon est peu atteint; on observe principalement des lésions caractéristiques de maladies infectieuses sur les organes digestifs, et encore n'a-t-on affaire qu'à quelques rares granulations disséminées, parfois à des lésions purement congestives causées par le bacille qui précède la formation de la granulation. Bronchiopneumonies connues sous le nom de suites de rougeole, athrepsies, broncho-pneumonies dites *à frigore* sont bacillifères; les causes déterminantes ont simplement mis le bébé (bouillon de culture) en des conditions favorables à la germination de son bacille jusqu'alors latent. Ces considérations, qui sont le fruit de plus de 50 autopsies, prouvent la nécessité d'une prophylaxie alimentaire du nouveau-né. Elles permettent d'analyser chez le bébé les facteurs de l'hérédité bacillaire. L'enfant naît non pas bacillisable, mais bacillisé, conceptionnellement bacillisé (hérédité de terrain), ou bien héréditairement prédisposé au contage. La statistique que M. Landouzy a pu dresser à la crèche de l'hôpital Tenon, qu'il dirige depuis cinq années, lui a montré que pour 50 autopsies, il y avait lieu d'établir la proportion de une bacillose sur trois décès; qu'un tiers par conséquent de la natalité infantile était infecté par le bacille, et qu'il s'agissait d'une contagion issue de la famille et non contractée à l'hôpital. C'est sur ces bases qu'on devra s'occuper dans l'avenir de trouver la prophylaxie de l'hérédité de la tuberculose (tuberculose conceptionnelle et de la contagion héréditaire.

8.— M. PETRESCO (de Bukarest). *De la contagion de la tuberculose par les crachats. Moyen le plus pratique pour l'empêcher.* Les individus atteints de tuberculose pulmonaire s'auto intoxiquent en avalant leurs crachats, par les voies digestives; ils contractent aussi une granulie qui les enlève. C'est pourquoi l'orateur a inventé un appareil inhalateur pour désinfecter les crachats par la volatilisation dans les voies aériennes des malades de solutions d'eucalyptol (à 5 0/0 — de créosote (à 2 0/0) — térébenthine (à 3 0/0) — d'iodoforme (à 0,50 0/0) de crésylol (2 à 3 0/0 — et d'un mélange d'eucalyptol, de créosote, d'essence de térébentine, d'odoforme. Action microbicide. Antisepsie intra-pulmonaire.

9. M. LELOIR présente un cas de *communication de la tuberculose.* Il avait affaire à un lupus myxomateux du lobule de l'oreille droite, dont il ne s'expliquait pas l'origine. Il finit par découvrir que plusieurs années auparavant, contre une gourme de cette région, on avait appliqué, en vertu d'un préjugé populaire, un cataplasme de vers de terre. Or ces vers avaient été recueillis dans un coin du jardin où quelques mois auparavant on avait enterré un jeune poulain mort de tuberculose pulmonaire. (?) Peut-être s'était-il agi de la morve, la tuberculose étant rare chez le cheval.

10.—M. JEANSELME. *Infection secondaire de la peau par des foyers tuberculeux.* L'orateur en a observé 6 cas dans le service de M. Hallopeau à Saint-Louis, principalement sous la forme de lupus tuberculeux consécutif à des ganglions, des gommes, des fistules d'ostéites ou d'ostéoarthrites infectants. Le lupus secondaire est identiquement semblable au lupus cutané primitif : on le voit naître d'ordinaire sur l'orifice du trajet suppuratif qu'il peut masquer. Il signale tout particulièrement la disposition en traînées, et l'aspect verruqueux. Il conclut en disant qu'il ne faut pas attendre pour intervenir dans les tuberculoses locales profondes afin de ne pas risquer l'infection de la peau.

11. M. JACOBI (de New-York) lit un mémoire très étendu sur la *tuberculose du thymus dans l'espèce humaine* et signale les granulations miliaires, et les foyers caséeux, l'endartérite tuberculeuse de cet organe. Le plus souvent c'est dans les cas de tuberculose généralisée qu'elle se présente quelquefois cependant le thymus est affecté primitivement.

I. — *Séance du 30 juillet soir.* — PRÉSIDENCE DE M. VILLEMIN.

1. — M. BUTEL. — Le bacille de la tuberculose *pénètre plus souvent par les voies digestives* que par les voies respiratoires chez l'homme et les animaux. Tous les expérimentateurs ont démontré que dans le farcin la morve, le typhus, la vaccine, la clavelée, le charbon, le tubercule s'inocule par le tube digestif sans effraction, que c'est lui qui constitue la grande porte d'entrée des affections virulentes. C'est ainsi que Chauveau a, sur 14 veaux, provoqué quatorze fois la tuberculose. Aussi, quel rôle ne joue pas l'alimentation de l'enfance; c'est pourquoi dans les cas de contagion de cet ordre on constate la prédominance des lésions de l'appareil digestif. On en rapprochera l'histoire de deux des animaux inoculés par M. Chauveau, chez lesquels, l'infection ayant eu lieu par les voies digestives, le tube digestif demeura bien portant, tandis que les lésions occupaient surtout les voies respiratoires. Quoi qu'il en soit, pratiquement, c'est le tube digestif qui constitue la bouche d'absorption et d'inoculation. Sans doute, les organes de la respiration absorbent aussi (expériences de Villemin, Tappeiner, etc.); l'on sait que les crachats conservent leur virulence pendant des sept à huit semaines (Villemin), voire sept mois (Koch), le balayage qui les entraîne et les secoue avec les poussières de toute espèce, les lancent dans les bronches. De ce Congrès et de l'examen des faits il ressort trois points incontestables :

1° La virulence de la viande des animaux tuberculeux.

2° La prédisposition de l'homme à la tuberculose, qui de $\frac{1}{10}$ au début du siècle, a atteint les proportions de $\frac{1}{5}$ actuellement.

3° La pénétration très facile des germes par le tube digestif.

2. M. GIORGIERI (de Florence) a envoyé un mémoire écrit en italien dont voici les conclusions rédigées en français, lues par M. le secrétaire général. Ce mémoire est intitulé : *De l'hospitalisation des tuberculeux.* La prophylaxie doit comporter : 1° Des sections et des pavillons isolés destinés aux tuberculeux. 2° La désinfection des salles où séjournent les malades, et de tous les objets qui leur servent. 3° La surveillance et la garde des malades par des infirmiers sains, robustes, âgés de plus de trente ans.

3. M. TRASBOT communique une observation de *contagion* de cobayes par des cobayes, dans laquelle *une cage demeurée infectée* tua cinquante cochons d'Inde; la contamination ne cessa que lorsqu'on eut complètement procédé à la désinfection. Un certain nombre des victimes ont pris la maladie par le tube digestif (lésions extrêmes de la rate et du foie).

4. — MM. CADÉAC et MALLET. — *De la transmissibilité de la tuberculose par les voies respiratoires.* Mémoire lu par M. Arloing. Analyse expérimentale des facteurs de ce genre de contage. Ces auteurs ont trouvé que les gaz de la respiration du tuberculeux ne sont pas contaminant, que l'air, dans la cohabitation atmosphérique, sans rapports directs, n'est pas davantage contagieux, que c'est la communauté de cohabitation (logements, salles, alimentation), le pêle-mêle, qui détermine la tuberculisation des deux tiers des lapins sains soumis à ce régime, et d'un plus grand nombre encore de cobayes, la communauté des mangeoires, c'est-à-dire les ingesta étant les fauteurs de cette contamination. La recherche du bacille de Koch dans l'atmosphère d'une salle de tuberculeux (usage des condensateurs), est restée négative en tant qu'examen microscopique, positive dans les deux douzièmes des cas en ce qui regarde l'inoculation. Les mêmes expérimentateurs ont disséminé dans l'atmosphère un grand nombre de viscères de tuberculeux soumis pour cet usage à la dessication préalable; la dissémination était pratiquée dans une caisse habitée par les animaux. Or, si les animaux étaient avant l'opération parfaitement sains, la tuberculose ne se produisait pas; si l'on avait auparavant déterminé chez eux une bronchite expérimentale (à l'aide du brome ou de l'iode), il en devenait phtisiques 2 sur 46. L'appareil respiratoire n'est donc pas un lieu favorable à la culture des bacilles tuberculeux, quand ceux-ci sont trop rares ou trop secs; pour qu'il y ait contamination, il faut que l'endothélium soit lésé ou imprégné de bacilles; c'est si vrai que l'inoculation directe de cette muqueuse ne manque jamais.

5. M. LE DENTU rapporte un *cas de tuberculose du maxillaire supérieur.* Il a trait à un homme de 32 ans présentant une ulcération blafarde et secrétant un pus sanieux tout le long du sillon génomaxillaire gauche : l'os se détruisit, le rebord alvéolaire disparut, et l'on aboutit à la communication

avec le sinus maxillaire. En même temps, il existait une ulcération [illegible] de la voûte palatine, avec perforation de l'os, [illegible] dont l'enfance, des [illegible] la fièvre typhoïde, des [illegible] de la gorge et le côté gauche du palais, un [illegible] les deux oreilles. [illegible] procédé plus tard.

6. — M. [illegible]. — [illegible] — Elle est démontrée chez les [illegible] [illegible]

7. — M. [illegible] [illegible] culeux trouvés dans le tube digestif de l'enfant [illegible] produit [illegible] [illegible] pénétrer [illegible] sans doute une partie de ces germes est détruite par les globules blancs, [illegible] de sorte que [illegible] des organes [illegible] sans doute [illegible] peut se borner à une première [illegible] les leucocytes et les bacilles [illegible] qui est [illegible] guérir [illegible] et qu'il s'établit un certain [illegible] [illegible] culose [illegible]

[illegible]

8. — M. [illegible] [illegible]

suite d'un coup de bistouri dans la région. — Volumineuse [illegible] — [illegible] Quelques années plus tard, [illegible] depuis le tragus jusqu'au creux sus-claviculaire [illegible] après l'intervention médico-chirurgicale. [illegible] du maxillaire supérieur droit et tumeur [illegible] du coude de ce côté, puis accidents pulmonaires bilatéraux, [illegible] du coude. Guérison. Menace de tumeurs blanches du coude, à gauche. [illegible] du coude droit, fistules des deux coudes, [illegible] des poumons, formation d'une série de petits foyers. Finalement guérison complète. Telle est résumée, cette observation caractérisée par une évolution longue, la [illegible] des [illegible], la multiplicité des manifestations, [illegible] des lésions pulmonaires, la série inépuisable des interventions [illegible] et persévérantes, la tuberculose [illegible], [illegible] le patient ayant guéri. La première [illegible] a-t-elle ouvert la porte aux accidents tuberculeux? Qui peut le dire? En réalité, le chirurgien a fait du bien en intervenant. Il a [illegible] ces localisations multiples et [illegible] qui n'ont pas infecté l'économie. Au surplus [illegible] qu'on impute à la chirurgie peut se produire sans [illegible], quand on laisse marcher le foyer local. [illegible] donc jamais des tuberculeux ; intervenez chirurgicalement, car, à défaut d'une intervention médicale [illegible], dans l'immense majorité des cas, la chirurgie réussit.

9. — M. BARTHÉLEMY. *Traitement du tubercule anatomique.* — L'orateur recommande [illegible] en pointes de feu très fines, très rapprochées, et dépassant un peu les limites du mal. Il y a plusieurs espèces de germes donnant naissance à cet accident. Sans doute, en certains cas, il y a des bacilles, et, dans ces cas, qui pourrait dire que le feu ne vaille pas mieux que la méthode sanglante, afin d'éviter l'auto-inoculation. Le plus souvent ces bacilles sont rares, car la généralisation s'y voit peu. Quelle qu'en soit la variété, le tubercule anatomique se trouve très bien de ce procédé ; même dans les tubercules datant de 5, 7, 8 ans, même dans des plaies serpigineuses. Les cicatrices, qui constituent la guérison, n'ont rien de désagréable ni de répugnant ; finalement, elles disparaissent elles-mêmes sans laisser de traces. On panse avec la pommade boriquée et le [illegible] de Vigo.

M. [illegible] fait ressortir que le tubercule anatomique n'est pas toujours d'essence tuberculeuse.

10. — M. [illegible]. — *Sur la douleur des moignons chez les tuberculeux.* — Il s'agit de deux cas, dans lesquels, malgré la précaution prise de réséquer les filets terminaux des extrémités nerveuses des moignons, deux opérés d'ostéoarthrites tuberculeuses présentèrent des douleurs dues, chez l'un d'eux, à la production d'une collection purulente sacroiliaque ; chez l'autre, à la formation d'une agglomération ganglionnaire dans la fosse iliaque. Le traitement convenable de ces complications [illegible] d'éther iodoformé. — vésication, en raison de ces complications et de la douleur qui les avait décelés.

11. — M. [illegible] (de Madrid). *Valeur de la thérapeutique chirurgicale dans les affections tuberculeuses en Espagne.* — D'après cette revue analytique, avec observations à l'appui, la valeur de la chirurgie est, en l'espèce, considérable. Il convient [illegible] quand prédomine la tuberculose viscérale. [illegible] une bonne médication interne, les bienfaits de la chirurgie éclatent dans les tuberculoses locales.

12. — M. [illegible]. — *Contribution à l'étude du traitement de quelques cas de tuberculose chirurgicale.* Synthèse rapide de [illegible] observations prises depuis deux ans à la clinique chirurgicale de la Charité et appartenant à 32 lésions. L'auteur appelle l'attention sur les tuberculoses ganglionnaires siégeant ici surtout [illegible] sans tuberculose viscérale, dues [illegible] (amygdales); [illegible] des ulcérations tuberculeuses de la muqueuse [illegible]. A propos de la tuberculose des os, il [illegible] d'ouvrir les abcès [illegible] l'opération, d'injecter dans la cavité de l'abcès de l'éther iodoformé qui modifie [illegible] et permet sans inconvénient la [illegible] à la curette mousse ; au nombre des accidents [illegible], il convient de parler des eschares superficielles

sans importance [illegible] de la tendance hémorrhagique [illegible] modifiée — des fistules qui succèdent au [illegible] — d'un accident syncopal sans complication [illegible] d'une [illegible] atteinte des nerfs sympathiques [illegible] par les nerfs péritonéaux [illegible] — enfin la mort par [illegible] de l'iodoforme [illegible].

13. — M. FRÉGIS. — Le nombre des [illegible] qui, dans certaines campagnes, sert à la procréation est trop restreint [illegible] deux est atteint par la tuberculose surtout dans les régions où il n'y a pas de service d'inspection [illegible] il conviendrait de faire visiter [illegible] avant leur emploi [illegible] certificats d'origine.

14. — M. BABES étudie l'[illegible] *bacille de Koch*, et les rapports de [illegible] de ces éléments les uns avec les autres. Or, la plupart des bactéries qui [illegible] le développement du bacille de la tuberculose ne sont pas entravées dans leur développement par ce dernier. Ces résultats expérimentaux sont [illegible] avec les résultats de l'analyse anatomo-pathologique.

15. — M. TISON insiste sur le rôle des habitations antihygiéniques dans la germination et la pullulation du bacille de Koch qui ne germe facilement que quand il rencontre des conditions favorables.

J. — *Séance du 31 juillet 1888 (matin).* — PRÉSIDENCE DE M. VILLEMIN.

QUESTION IV (proposée par le Congrès). — *Diagnostic de la tuberculose chez l'homme et les animaux.*

1. — M. SOLLES (de Bordeaux). — *[illegible] du poumon humain.* — Ce poumon, très noir et [illegible], avait été emprunté à un phtisique ; sa virulence fut extrême. Extrême aussi fut la virulence du sang du lapin auquel on l'avait inoculé. Virulence constatée à la fois chez le cobaye et le lapin. La coloration du champ [illegible] fut d'un vert intense, et l'odeur qui s'en exhalait rappelait [illegible]. En l'atténuant à 1/2, le lapin mourut [illegible] plus de réaction pathogène, mais cette atténuation tuait encore le cobaye en 12 heures, hémorrhagies pulmonaires et sang d'un rose groseille ressemblant à la teinte produite par l'éosine. Dans cette culture, vit un bacille ayant la même forme que le bacille de Koch, mais n'en présentant pas les [illegible]. La question qui se pose est la suivante : Le produit si toxique est-il le bacille même? Est-il engendré par le bacille, par les excreta de ce bacille?

2. — M. ESPINA Y CAPO (de Madrid). — *Du diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire.* — Voici les conclusions de ce travail.

1° Le jugement étiologique est la base, est le premier élément du diagnostic de la tuberculose.

Dans un bon interrogatoire fait avec patience, pendant de longs jours et avec les données exposées, on trouvera la moitié de la solution du problème et l'explication pathogénique de nombreuses anémies appelées *essentielles* et qui sont tuberculeuses dès le premier instant, alors que le [illegible] confirme après, à la période des exsudats libres.

2° L'habitude extérieure, que les anciens connaissaient sous le nom d'*habitus phtisique*, ne suffit pas parce qu'elle ne s'est pas encore présentée ; il faut y joindre l'étude des [illegible] morphies, étudiée non pas isolée, mais mise en rapport avec les indices thoraciques qui sont la base la plus solide du diagnostic non seulement dans la phase déclarée, mais encore dans l'imminence morbide de la tuberculose. Si ces [illegible] sont absolument défectueux, c'est-à-dire [illegible] que le périmètre thoracique atteint [illegible] la moitié de la [illegible] de la taille de l'individu [illegible] de dix-huit à vingt-quatre ans [illegible] suffisent presque [illegible] de l'indice [illegible] ; il suffit que le périmètre [illegible] pas 74 centimètres pour qu'on qualifie [illegible] l'amplitude du thorax et qu'on soupçonne [illegible] de cavité pulmonaire. Si, de plus, l'indice [illegible] est au-dessous de 72 à 75 centimètres, si l'indice xiphoïdien est [illegible] de [illegible] centimètres, si la distance d'un mamelon à l'autre n'atteint pas 17 à 19 centimètres, on a dans ces mesures des signes indicateurs d'une tuberculose plus ou moins avancée.

3° Tons demi-clairs à la percussion [illegible] l'inspiration ; rythme altéré avec inspiration [illegible] et expiration active ; [illegible] aphonies intermittentes [illegible] dyspnée dans les [illegible] fréquents ; tels sont les signes diagnostiques de [illegible] d'une tuberculose primitive du poumon, sans antécédents [illegible], sans pleurésies antérieures, ou sans [illegible] spécifiques qui aient pu prédisposer au développement [illegible] étant en [illegible] des processus phlegmasiques [illegible] et [illegible].

4° [illegible] le diagnostic de la tuberculose [illegible] diagnostic de [illegible], il se change en diagnostic d'évidence.

[illegible] les produits [illegible] à la période de [illegible] que dans la phase [illegible], lorsque le bacille est en [illegible], lorsque la présence n'en est qu'à son [illegible] nous ne pouvons arriver au diagnostic d'évidence presque en aucun cas.

5° Toutes les fois que [illegible] par la muqueuse broncho-pulmonaire, nous devrons être très sobres d'affirmations formelles sur sa signification ; mais, dans le cas où l'on [illegible] notre avis, nous nous inclinerions pour la tuberculose, excepté chez les sujets d'un certain âge [illegible].

De treize à [illegible] quarante ans environ, neuf fois sur dix [illegible] dépendent de la présence des tubercules dans le parenchyme, et [illegible] seront dus à la congestion [illegible] l'ulcération.

6° Le sphygmographe est un des moyens les plus sûrs d'analyse diagnostique dans [illegible]. L'ascension systolique et ses variations dans le sommet et dans la chute, c'est-à-dire les altérations dans le sphygmogramme en cas d'hémoptysie [illegible]-pulmonaire, nous [illegible] le diagnostic différentiel entre les diverses lésions de l'orifice valvulaire et la tuberculose, dont les premiers [illegible] une influence sur le dicrotisme.

7° Le thermomètre [illegible] est très utile pour arriver à connaître une tuberculose, surtout dans le cas où le développement [illegible]. La marche de la courbe thermométrique est d'un enseignement tel, dans cette terrible maladie à évolutions si nombreuses, qu'il semble [illegible] que certains médecins [illegible] servent [illegible] précieux instrument comme d'un aide puissant dans les diagnostics [illegible]. Ainsi donc, dès que l'on soupçonne, par [illegible], qu'il peut s'agir d'une tuberculose, il faut appliquer le thermomètre ; une ascension de [illegible] degrés [illegible] presque affirmer que le tubercule [illegible] ces températures du soir se répètent avec des [illegible] de 1 à 2 degrés, sans paludisme ni suppuration, le doute est impossible.

8° Nous ne devons pas oublier, nous devons au contraire avoir bien présents à l'esprit [illegible] au diagnostic les [illegible] et la trace qu'ils ont laissée dans le parenchyme [illegible] très important, et cet interrogatoire une fois fait [illegible] reste encore, comme donnée [illegible] mais cependant d'une [illegible] importance, l'analyse des maladies [illegible] dont le sujet a souffert. On en peut enregistrer deux groupes [illegible] chroniques et les maladies aiguës [illegible] s'adresser au parenchyme. C'est-à-dire [illegible] pulmonaires capables d'avoir prédisposé [illegible] à la tuberculose, ou bien, au contraire, des maladies qui [illegible] étrangères à l'appareil respiratoire [illegible] plus [illegible] nous sommes [illegible], par [illegible] pulmonaires les plus [illegible] : parmi celles-ci les [illegible] derniers, la rougeole [illegible].

3. — M. ARLOING. — *De [illegible] pour établir le diagnostic [illegible] de la tuberculose chez [illegible], et de la [illegible].* — Ce savant rappelle [illegible] se basant sur des expériences, il a [illegible]

l'opinion que très probablement il existait chez l'homme deux maladies tuberculeuses distinctes, la scrofule et la tuberculose vraie. Il a soumis la question à de nouvelles études au point de vue expérimental. Il a comparativement étudié au point de vue des inoculations animales les adénites cervicales — les tuberculoses chroniques des os et des articulations—les scrofulides cutanées. Ses anciennes expériences lui avaient fourni des résultats différents, suivant qu'il inoculait le produit d'adénites tuberculeuses ou d'adénites scrofuleuses, ou, si l'on préfère, des deux genres d'adénites tuberculeuses. Il a eu depuis à cœur de régulariser ces expériences en se procurant de vraies scrofulides et de vraies tuberculoses et en les inoculant à des lapins et à des cobayes.

Toutes les altérations tuberculeuses tuent cobayes et lapins. Les ganglions strumeux empruntés à des individus véritablement et purement scrofuleux infectent les cobayes et respectent les lapins, Il y a donc des adénites cervicales très infectantes et des adénites cervicales qui ne sont que très peu infectantes qui n'infectent que le cobaye. Malheureusement, en clinique, rien ne décèle leur gravité. Les inoculations animales nous éclairent, mais elles ne constituent peut être pas à elles seules une raison suffisante pour que nous soyons en droit de conclure à la distinction absolue, radicale entre la scrofule et la tuberculose. Il faudrait obtenir des différences spécifiques.

Cela est d'autant plus vrai que certaines tuberculoses chirurgicales sont plus virulentes que d'autres et que rien ne prouve que les adénites virulentes pour le cobaye, sans danger pour les lapins, soient dûes à d'autres bacilles qu'au bacille de Koch. L'atténuation du virus de certains ganglions peut aller jusqu'à l'impuissance même pour le cobaye. Enfin le même malade peut avoir un jour des ganglions non virulents, demain des abcès par ostéites virulents.

L'inoculation de lésions tuberculo-scrofuleuses empruntées au système osseux articulaire de 17 opérés s'est ainsi répartie en ce qui regarde la santé des malades opérés.

Pour 8, le diagnostic expérimental par la double-inoculation sus-spécifiée aurait donné le diagnostic scrofule : { 4 ont paru guéris. 2 vont bien. 2 sont douteux.

Pour 9. . . tuberculose: { 2 sont morts. 4 ont continué à suppurer. 1 va assez bien. 2 ont paru guéris.

Il semble donc que la chirurgie ait obtenu les meilleurs résultats chez les malades dont l'ultération, comparativement inoculée au lapin et au cobaye, aurait fourni le diagnostic scrofule.

Passons aux tuberculoses cutanées ou plutôt aux scrofulides végétantes de la peau gourmes, ulcères, etc.). Ici quatre expériences ont donné le diagnostic expérimental de scrofule (c'est-à-dire lapins restés indemnes, cobayes pris) bien que certains de ces malades eussent les poumons affectés. Il semblerait donc que ce genre de lésions présente un moindre degré d'infection.

A ce sujet, M. Daremberg communique qu'il a vu une tuberculose localisée d'un lapin, ne pas infecter le lapin adulte, mais être inoculable aux petits lapins et aux cobayes.

4.—M. Leloir insiste sur l'*importance de la technique expérimentale* dans les tuberculoses atténuées dites lupus. Il a obtenu des résultats variables selon la façon dont il opérait. L'introduction hypodermique, chez le lapin, de morceaux de lupus ne lui donna jamais de résultats; les résultats furent meilleurs quand il en introduisit dans la chambre antérieure de l'œil des cobayes ; chez ces animaux, l'inoculation hypodermique échoua presque toujours (le morceau de lupus était résorbé et rien de plus); chez eux, en revanche, l'inoculation intra-péritonéale donne toujours des résultats positifs, il s'agit d'attendre, 2, 3, 4 et 5 mois au plus. Pour avoir une tuberculose locale, il convient d'accoler au morceau de lupus un lambeau d'épiploon sur lequel le morceau se greffant continue à vivre dans le tissu cellulaire sous-cutané. Le véritable réactif, dans ces conditions, c'est le cobaye.

5.— M. Nocard.— M Arloing a parfaitement raison en ce qui vise le diagnostic expérimental entre la scrofule et la tuberculose. Toute la question réside dans l'interprétation des faits. Ceux-ci n'impliquent pas qu'il s'agisse de deux maladies différentes. Ce sont deux formes d'une seule et même maladie, car on retrouve toujours les bacilles de Koch et la reproduction en série amène toujours à la formation de produits tuberculeux. L'expression de tuberculoses locales atténuées ne signifie rien : en effet, la pauvreté en bacilles des lésions tuberculeuses ne légitime pas une pareille conclusion, puisqu'il ne s'agit que de la quantité des microbes pathogènes. Et, ce qui le prouve, c'est que tel individu scrofuleux pourra, à une époque de sa vie, devenir granuleux ; il est plus probable qu'alors les tissus du malade ayant, sous l'influence de l'âge ou d'autres conditions inconnues, diminué de résistance, les microbes se sont trouvés dans un milieu plus favorables à leur culture, à leur pullulation.

6.—M. Verneuil. L'inoculation des produits morbides humains aux animaux est le vrai moyen de diagnostic de la tuberculose. La bactériologie ainsi conçue est pratique. Sans doute on s'aide de l'étude du siège et du genre de la modalité chirurgicale, mais il y a des abcès ayant des allures d'abcès froids et qui ne sont pas tuberculeux. En revanche, il y a des abcès chauds qui sont des abcès froids, échauffés, et qui sont tuberculeux. Le diagnostic clinique des adénopathies, des gommes sous-cutanées, des ulcères des membranes muqueuses est difficile. Enfin, un tuberculeux n'aura pas que des accidents tuberculeux. De plus, une lésion peut avoir été tuberculeuse à un certain moment et ne plus l'être ; il en est ainsi des fistules ossifluentes devenues stériles. De là la nécessité d'examiner, par la technique bactériologique, la spécificité des altérations. La recherche microscopique de l'agent figuré de Villemin et du bacille de Koch est longue, difficile, incompatible avec les exigences de la pratique ; on peut par elle ne rien trouver, alors que cependant les produits sont tuberculeux et extrêmement virulents. C'est en somme à l'inoculation qu'il faut avoir recours. Cette inoculation longue chez le lapin (elle demande une cinquantaine de jours) n'exige que dix jours chez le cobaye, 12 jours au plus ; à l'autopsie de cet animal, on voit sur la partie supérieure de l'abdomen une éruption confluente qui atteint encore la rate et le foie ; il est parfaitement inutile de pratiquer des inoculations en séries

7.— M. Clado complète l'exposé de M. Verneuil. Une simple pipette de Pasteur bien stérilisée suffit ; on la plonge sans plus amples précautions dans le ventre de l'animal préalablement rasé. Il cite une foule d'expériences à l'appui de sa thèse. L'inoculation péritonéale d'un produit tuberculeux reproduit la tuberculose abdominale dans les organes occupant la région sus-ombilicale: la rate est le premier organe attaqué, et, en tous cas, elle est toujours plus altérée que les autres viscères abdominaux. La tuberculose pulmonaire est plus tardive, très tardive même, et souvent elle est limitée au lobe inférieur caséifié. Quant à la tuberculose inoculée par la voie sous-cutanée, il est bon de la pratiquer parallèlement parce que les inoculations péritonéales entraînent parfois la complication d'une péritonite due à l'extrême sensibilité de la séreuse en question. Mais il faut savoir que l'inoculation péritonéale donne toujours des résultats, tandis que l'inoculation sous-cutanée n'en donne pas toujours. M. Clado parle enfin de l'injection d'éther iodoformé dans la cavité de l'abcès ; elle modifie les éléments anatomiques et microbiens de cette cavité, ainsi qu'on peut s'en convaincre par le microscope. M. Clado a étudié les différentes cultures, à la suite de différents iodoformages et antérieurement à l'injection d'iodoforme. Il conclut que l'iodoforme fait disparaître les micrococcus pyogéniques.

8.—M. Landouzy.— *Opportunités tuberculeuses innées et acquises.* — Il doit être possible de tuer le bacille par la recherche du terrain jouissant de l'immunité. Il y a donc un intérêt de premier ordre à connaître les opportunités morbides au point de vue de la prophylaxie. Il existe des *bacillisables de naissance* et des *bacillisables par occasion.* La plus certaine des catégories du premier genre est celle des roux à peau douce, à formes opulentes, que M. Landouzy désigne sous le nom de *type vénitien,* ceux-là ne les laissez jamais approcher des tuberculeux, ne les mettez pas dans les conditions de culture bacillaire. En ce qui a trait au second genre, la *variole* prépare le terrain de la tuberculose. Sur 300 individus ayant eu la variole, 11 seulement ont échappé à la tuberculose,

d'où la nécessité de vacciner, vacciner sans cesse, et d'éloigner les sujets affectés jadis de variole, des milieux où règne le [illegible] de la tuberculose.

9. — M. CAGNY de Senlis). — *Du diagnostic de la tuberculose chez les animaux domestiques et principalement dans l'espèce bovine.* — S'agit-il de reconnaître la maladie dans un milieu où elle a été constatée, la première opération consiste à étudier les défauts hygiéniques de l'étable. Il faut savoir aussi qu'un symptôme de maladie quelconque peut être suspect de tuberculose; cherchez, examinez les animaux qui ne profitent pas malgré l'identité commune de l'alimentation, ceux qui toussent, qui ont des tumeurs ganglionnaires. Enfermez-vous dans l'étable, observez sans bruit les animaux, dans la plus grande tranquillité : la toux, les allures, la façon dont ils prennent leur nourriture. Pour les bovidés, les uns ont une tuberculose pulmonaire, les autres ont de la tuberculose ganglionnaire, il est bien plus rare qu'il existe de la tuberculose des séreuses. Toux, sensibilité du garrot, anomalies et irrégularités de la respiration, exagération à l'auscultation du murmure respiratoire, état de la peau mobile ou non, sèche ou non, à la région des cotes, voilà les principaux signes. Introduisez dans la peau de cette région une aiguille de Pravaz ; elle pénètrera aisément dans une peau souple et normale. Importance en faveur de la tuberculose du volume du ganglion intermaxillaire, du ganglion qui occupe la face inférieure du larynx, du ganglion parotidien, du ganglion qui siège en avant du *fascia lata* : ils peuvent d'ailleurs n'être que peu hypertrophiés ; dans ce cas, la sensation qu'ils fournissent est différente de celle qu'ils présentent quand ils sont normaux ; de plus, quand ils sont atteints, ils deviennent ovoïdes, enfin quelquefois ils s'abcèdent. Passons aux ganglions profonds. Le ganglion bronchique peut être isolément affecté ; alors les fonctions digestives sont gênées, et il règne de temps à autre du météorisme : la respiration est bruyante; il y a du cornage ; les jugulaires sont gonflées. Le ganglion mésentérique cause lorsqu'il est malade les symptômes du cancer du pylore des anciens vétérinaires : alors l'indigestion est continue. S'il est impossible au praticien de se livrer à des recherches microscopiques ou bactériologiques prolongées, il lui est possible de recueillir les produits, les excreta de tous genres et de les confier à l'examen.

10.—M. GRISSONNANCHE (d'Aigueperse). — *Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire des bovidés.*—On a prétendu que la tuberculose était très difficile à reconnaître dès le début, que les voiles qui la cachaient étaient plus épais que ceux de la morve. Pour moi, vétérinaire de campagne, qui ai eu affaire souvent à l'espèce bovine, je crois que la phtisie pulmonaire est d'un diagnostic plus facile, plus précoce que celui de la morve.

Il s'agit ici de la tuberculose à l'état chronique, jamais je n'ai observé l'état aigu naissant d'emblée. En dehors de la phtisie, les autres maladies du poumon ou de la plèvre sont excessivement rares. Il est bien entendu que la péripneumonie contagieuse fait exception.

La tuberculose pulmonaire se caractérise dès le début par la tuméfaction des ganglions rétro-pharyngiens; les mouvements respiratoires sont généralement irréguliers pendant l'inspiration, un bruit rude de frottement se fait entendre en auscultant les parois thoraciques, il y a quelque chose de semblable au bruit que produit le pouce qu'on promène sur un tambour de basque, la toux est petite, avortée et difficile à provoquer par la compression de la trachée-artère; la percussion des côtes est douloureuse et provoque souvent la toux.

M. NOCARD. — Cette question du diagnostic est des plus difficiles à résoudre au point de vue de la certitude. Supposons qu'avec une grande pratique on obtienne d'excellents signes : ils ne sont que probables, excepté à la dernière période de la maladie, et encore peut-on se tromper. L'auteur connaît et cite notamment deux erreurs à cette dernière phase. En outre le vétérinaire sanitaire doit acquérir la certitude dès le début. Supposons que l'animal jette, on inocule cet *excreta* et on examine les produits d'inoculation en suivant les principes de MM. Verneuil et Clado, de M. Arloing. Le cobaye est pour la tuberculose ce que l'âne est pour la morve, un réactif précieux. Mais il vaut mieux s'adresser à l'inoculation sous-cutanée, parce que les produits qui servent à l'inoculation sont impurs et peuvent tuer trop rapidement les animaux par péritonite ; l'inoculation hypodermique permet de suivre l'infection le long des lymphatiques, et, dans le cas où un ganglion s'abcède, de trouver les bacilles de Koch. Voici seulement où gît la difficulté : Comment se procurer les produits tuberculeux des animaux ? Notez qu'il faut faire le diagnostic avant le jetage. Notez encore que le bœuf ravale la matière du jetage, et s'auto-inocule. Il n'est pas commode de le faire tousser ; si l'on y arrive, on lui tirera en même temps la langue au dehors et l'expulsion de la matière s'effectuera entre vos mains. On peut aussi, après avoir pratiqué une incision entre deux anneaux de la trachée, aller balayer avec une éponge emmanchée et ramener les mucosités ; cette opération, inventée par Pouls, n'a aucun inconvénient. De plus, le bœuf ne ravale pas tout: il reste du mucus dans le pharynx ; une éponge emmanchée, qui ira pomper ce verni, procurera la substance utile au diagnostic, surtout si l'on a eu soin d'injecter sous la peau de l'animal 10, 12, 15 centigr. de vératrine qui exagère les sécrétions pharyngo-trachéales et salivaires. Quand le bœuf est affecté de tuberculose viscérale et abdominale, et non de tuberculose pulmonaire, il n'y a aucun moyen de diagnostic ; heureusement cette tuberculose est de beaucoup la moins dangereuse, parce que les excréments vecteurs de bacilles sont expulsés vers la rigole de l'étable et nettoyés, ils n'infectent pas la litière, ni les mangeoires. Le diagnostic de la tuberculose de la mamelle exige le recueil et l'examen du lait au point de vue sanitaire, parce que celui-ci peut être infecté avant que des signes cliniques ne viennent vous permettre d'affirmer la mammite, et qu'alors cette dernière est déjà très développée : le lait recueilli sera injecté dans le péritoine de l'animal, réactif en grandes quantités, parce que les bacilles peuvent y être très rares.

K.—*Séance du 31 juillet* (soir).—PRÉSIDENCE DE M. CHAUVEAU.

1. — M. DE SOUZA. — A l'exposé de MM. Cadéac et Mallet il ajoutera des expériences qu'il a faites en commun avec M. Gallois : au moyen de poussières sèches de tubercules inoculées, il a obtenu 12 résultats sur quatorze interventions. Ce qu'a dit M. Arloing sur la question des races, il le complètera par des inoculations qu'il a effectués chez le lapin à l'aide de sang veineux. Enfin le travail de M. Jeannel sur l'infection du sang lui suggère les critiques suivantes. Il convient de distinguer les cas de traumatisme chirurgical de ceux dans lesquels l'inoculation tuberculeuse a eu lieu par la voie pulmonaire. Quoi qu'il en soit au point de vue de la contamination, il faudrait s'occuper de trouver un moyen de désinfection des crachoirs ou autres objets ayant servi aux tuberculeux, car il n'y en a pas de bon.

2. —M. LAQUERRIÈRE (de Paris) informe le Congrès que le Ministre vient d'inscrire la tuberculose dans la nomenclature des affections contagieuses. Cette première consécration officielle de l'importance des travaux du Congrès est encourageante. Si la phtisie bovine est rare dans le département de la Seine, il n'en serait pas moins utile de dresser une statistique exacte et d'instituer une prophylaxie utile. On n'y pourra parvenir qu'en faisant créer une inspection des vacheries, armée d'une législation efficace. C'est aussi le moyen d'arriver à une précision dans le diagnostic qui permette la détermination précoce de la maladie.

M. LAQUERRIÈRE conclut en demandant que le Congrès, prenant en considération les dangers que les vaches tuberculeuses font courir à l'espèce humaine au point de vue de la consommation de leur viande et surtout de leur lait, émette le vœu qu'un service d'inspection vétérinaire, placé sous la direction du vétérinaire chef de service, soit créé dans les départements, en commençant d'abord par le département de la Seine, dont les conditions spéciales de l'industrie laitière réclament plus impérieusement que partout ailleurs cette utile création.

3.—M. GIRARD de Reims répondra à M. Butel qu'il est chez les bovidés impossible de diagnostiquer la phtisie tuberculeuse qui, généralement, affecte la cavité abdominale. Le diagnostic des ganglions, au toucher, est également impossible. Inversement il se peut faire que l'on diagnostique une tuberculose non confirmée par l'autopsie. Puis, les bouchers aux abattoirs ont soin d'enlever auparavant plèvres et poumons, ce qui empêche de s'assurer de l'état local de ces organes. Enfin, il ne faut pas perdre de vue la production actuellement obérée, ni la question économique ni la cherté des vivres. Contentons-nous donc de formuler ainsi :

Nécessité de faire bouillir le lait de vache.

Saisir partout et dans tous les cas de tuberculose généralisée « seulement.

« Étudier les cas de tuberculose locale avant d'être suffisamment instruits pour être en mesure de prendre une décision attentatoire aux intérêts commerciaux.

Fixer exactement les indemnités en échange de la saisie. »

1. — M. [illegible] (de Reims). — *Propositions sur l'emploi des sels de cuivre contre la tuberculose.* — *Première proposition.* L'emploi des sels de cuivre dans la tuberculose, sans être une nouveauté, s'appuie sur l'action topique des sels appliqués aux manifestations extérieures du [illegible] tuberculeux.

Cette épreuve peut être généralisée, et suivre aux progrès de la thérapeutique.

Deuxième proposition. — [illegible]

[illegible]

Troisième proposition. — La nécessité de reconnaître la tuberculose le plus près possible de son début s'impose [illegible] que jamais aux praticiens.

[illegible] circonstances suivantes :

[illegible]

Quatrième proposition. — [illegible]

[illegible]

Cinquième proposition. — [illegible]

[illegible]

Sixième proposition. — [illegible]

[illegible]

Septième proposition. — [illegible]

[illegible]

Huitième proposition. — [illegible]

[illegible]

Neuvième proposition. — [illegible]

[illegible]

5. — M. [illegible]. — [illegible]

[illegible] sous cette influence un phtisique très avancé présenter une très grande amélioration. Les résultats très favorables obtenus dans le service de l'orateur ont été consignés dans une thèse soutenue, il y a trois jours, par M. Léguillon qui conclut qu'une atmosphère chargée de solutions de créosote à [illegible] est supportée, si elle est un peu irritante, elle a de grands avantages. Elle modifie la toux, l'expectoration, l'état local et l'état général. Il faut la continuer longtemps en pulvérisations constantes nuit et jour. M. Legroux l'a expérimentée chez les enfants. Il utilise une solution à [illegible] de créosote, 200 d'alcool et eau q. s. pour un litre. Elle transforme la tuberculisation locale, y compris l'hémoptysie. L'auteur présente des courbes thermométriques dont les modifications par l'action de ce traitement ont été uniformes. De [illegible] à 40° avec les oscillations que l'on sait, la température est tombée à 38° et 37°, où elle s'est maintenue d'une façon monotone. Amélioration de la toux, des crachats, de l'appétit, relèvement du poids du sujet. La créosote arrête complètement la culture des bacilles, et modifie les putréfactions locales qui certainement sont la cause des hyperthermies vespérales. Par la pulvérisation créosotée on effectue un pansement intra-respiratoire.

6. — MM. JORISSENNE et CHAUVIN (de Liège) déposent deux notes sur les propriétés hémostatiques de l'*iodoforme* (13 observations). On emploie des pilules de 0,05 centig. trois fois par jour. Ce médicament ainsi administré excellerait dans la phtisie au début, quoiqu'il n'ait *in vitro* aucune action sur les bacilles.

7. — M. FLÉRY (de Nice) exalte *la valeur des établissements fermés pour le traitement de la phtisie* en ce qu'ils forcent les malades au repos prolongé, au séjour continu dans un air pur, et les obligent, sous l'influence d'une discipline favorable, à un régime constant. L'hygiène prime. Le traitement médicamenteux est relégué au second plan.

8. — M. [illegible], qui a visité l'établissement de Falkenstein, se déclare très favorablement impressionné par les résultats obtenus par l'air pur constamment inhalé et associé au repos complet [illegible] de guérisons.

M. le secrétaire général lit les travaux suivants.

M. [illegible]. — *Traitement des ulcérations des fosses nasales et de la gorge par les [illegible] d'acide chlorhydrique.* — M. SCHÜLL. *Traitement de la tuberculose par l'acide borique.* — M. VALENZUELA. *Traitement de la phtisie par la respiration suroxygénée.* — M. [illegible]. *De la glycérine chez les tuberculeux.* — M. [illegible]. *De l'action des poussières de chaux hydraulique.* — M. LEFEBVRE. *De la névrose nourricière [illegible].*

9. — M. [illegible] (de Paris). Après seize ans de pratique, pendant lesquels il a [illegible] l'organisme des phtisiques [illegible], à l'asile de Villepinte, il présente des [illegible] qui démontrent que ces malades, sous l'influence de ce traitement, augmentent de poids, les bacilles disparaissent et l'oxyhémoglobine récupère son activité [illegible] réductrice, en même temps qu'elle s'élève [illegible].

10. — M. [illegible] (de Paris). Sur 49 malades traités par [illegible] presque [illegible] tuberculose au deuxième degré, [illegible] au bout de 60 à 80 jours d'inhalations et sont demeurés guéris définitivement. Les bacilles ont disparu.

11. — M. SANDRAS vante l'action [illegible] aspirées ou injectées sous la peau. Il en a déjà essayé plus de 200, dont le [illegible] un [illegible] puissant antiseptique.

12. — M. [illegible]. C'est l'oxygène qui [illegible] de notre organisme. Il [illegible]

13. — M. [illegible]. Le diagnostic de la tuberculose ne se peut faire que lorsqu'on [illegible]. Alors seulement on peut [illegible]. Ce n'est pas à dire cependant qu'il faille laisser la consommation s'établir quand on a des présomptions [illegible] sur l'étiologie, la [illegible], la prise de la température [illegible] symptômes [illegible].

[illegible]

[illegible]

mort de M. le professeur [illegible], délégué du gouvernement Hongrois.

Sur la proposition du bureau, qui [illegible] les divers [illegible] de résolutions qui lui ont été [illegible] par les [illegible] membres du Congrès, délégués au nom de leurs [illegible] respectifs, de sociétés savantes [illegible], le congrès vote :

I. — Qu'il y a lieu d'attribuer aux Comités d'hygiène des attributions plus étendues, [illegible] la surveillance des comités des épizooties, et [illegible] dans ces attributions les maladies des animaux et de leur soumettre toutes les questions relatives aux affections contagieuses des animaux domestiques, [illegible] qui, [illegible] n'ont pas paru transmissibles à l'homme.

II. — Qu'il constate avec reconnaissance [illegible] parmi les affections contagieuses, de la [illegible] par le décret qui vient d'être signé par M. le Président de la République.

III. — Qu'il y a lieu d'insister sur la nécessité de poursuivre par tous les moyens possibles l'application générale du principe de la saisie et de la totale destruction des viandes provenant d'animaux tuberculeux, [illegible] quel que soit l'aspect de ces animaux.

IV. — Que l'ensemble de ces [illegible] applicable [illegible] tous les pays du monde, [illegible] en France, la question de la tuberculose [illegible] les [illegible] problèmes.

V. Qu'il convient de répandre dans le milieu [illegible] dans les campagnes des instructions simples, propres à préserver les populations, par des moyens [illegible], des dangers qu'ils courent en [illegible] la viande et le lait d'animaux qui peuvent être phtisiques, et des [illegible] à désinfecter les objets et excréta [illegible] traitement dans leurs familles, [illegible] virulents.

VI. Qu'il faut soumettre à une surveillance spéciale les vacheries destinées à la production [illegible] du lait, afin de s'assurer que les vaches ne sont pas atteintes de maladies contagieuses susceptibles de se communiquer à l'homme et que cette surveillance doit comprendre les établissements quelconques de pareille nature.

Le Congrès nomme par acclamation [illegible] président pour la prochaine session fixée [illegible] M. [illegible] de l'infection tuberculeux. Il confie au Comité [illegible], renouvelé également par acclamation, sans modifications, le soin de poursuivre la réalisation des vœux votés, en [illegible] le droit de s'adjoindre tels membres [illegible] qui lui paraîtront nécessaires en [illegible].

La session de 1888 est déclarée close. [illegible]

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 juillet 1888. — Présidence de M. Janssen.

MM. Berthelot et G. André font une communication sur le *dosage de l'azote dans la terre [illegible]*.

M. Carnot dépose une note sur une [illegible] *de [illegible] de la lithine*.

M. Victor Planchon traite *du [illegible] de la glycérine par oxydation*.

MM. E. Hardy et Gallois [illegible] l'*[illegible]*, principe actif de l'extrait d'*[illegible]*, fourni par une plante de la famille des Légumineuses [illegible] dans le midi de la France et en Algérie et [illegible] des propriétés toxiques. La formule de [illegible] Az² O², c'est aussi [illegible]. [illegible] [illegible] soluble [illegible] quand il est administré à des animaux [illegible] analogues à ceux [illegible] d'[illegible] : vomissements, [illegible] des mouvements respiratoires [illegible] de la respiration et arrêt du cœur [illegible] les battements de cœur persistent longtemps.

M. P. [illegible] action [illegible]

M. A. [illegible] et M. [illegible] adressent un travail sur les *[illegible]*. Les auteurs ont étudié l'action de ces [illegible] sur les animaux. Butylamine, Amylamine, [illegible]

M. J. Teissier et [illegible] communiquent le résumé des expériences qu'ils ont [illegible] sur la *toxicité [illegible] albuminuriques*. Ces recherches ont été faites dans le but de [illegible] d'albumine. Voici leurs conclusions : 1° La [illegible] de cette toxicité est un signe de [illegible] pour le pronostic d'une albuminurie. 2° Le degré de toxicité d'une urine peut varier [illegible] quelques [illegible] plusieurs [illegible] beaucoup ou peu d'albumine dans l'urine, [illegible] si l'élimination rénale est [illegible] l'albuminurie dans les maladies [illegible] de second ordre. 3° L'injection des urines [illegible] produit les phénomènes [illegible] pathologiques. Les urines [illegible] quelques [illegible] plus d'albumine. Jusqu'à présent on ne connaît pas de caractère [illegible] le degré de toxicité d'une urine.

M. H. [illegible] *du Lupus vulgaire* [illegible], est un lupus type [illegible] tuberculose [illegible] de [illegible] En 1882 par MM. [illegible] Elle est un lupus [illegible] à la tuberculose [illegible] C'est encore une forme [illegible] de la tuberculose de la peau [illegible] (*Congrès de la tuberculose*, p. [illegible]).

M. B. [illegible] les plaies de la *[illegible]*.

M. A. [illegible] l'[illegible] de [illegible] est en rapport avec celui des [illegible] et la [illegible] de cette partie du [illegible] comme une sorte [illegible] complète [illegible] les deux yeux. On [illegible] le centre des [illegible] visuelles chez le chien dans la moitié [illegible] du [illegible] parallèle.

MM. [illegible] note sur la [illegible] Il n'y a [illegible] Les [illegible] 2, 3, [illegible] la [illegible]

[illegible]

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du [illegible] juillet 1888. — Présidence de M. [illegible]

[illegible] *Prix* [illegible]

M. [illegible] MM. [illegible] de Sophie, [illegible]

M. [illegible] MM. [illegible]

M. [illegible] sur le [illegible] des [illegible] M. [illegible] les feuilles de [illegible] ont [illegible] de la [illegible] les [illegible] de la [illegible] qui se [illegible] le [illegible] de [illegible]

M. [illegible] communication de M. [illegible] sur le *traitement des [illegible]*

considère la méthode de Moore comme une pratique dangereuse et a abandonné depuis longtemps l'électro-puncture. Dans le but de produire une inflammation modérée de la poche, M. C. Paul a recours à des aiguilles très fines, aux aiguilles japonaises qu'il laisse en place fort peu de temps. Depuis dix ans, M. C. Paul, a pratiqué cinq fois cette opération, en plaçant deux à cinq aiguilles dans les parties les plus molles de la poche, à un centimètre de distance les unes des autres. Grâce à cette pratique, on produit une induration de la membrane d'enveloppe et cette induration constitue ainsi une digue de renforcement, permettant de remédier à la rupture de l'anévrysme à l'intérieur. Mais, à la vérité, lorsque la tension artérielle est assez puissante pour favoriser l'extension de l'anévrysme, celui-ci poursuit son développement à l'intérieur.

M. Dujardin-Beaumetz déclare qu'il partage entièrement la manière de voir de M. C. Paul sur le traitement des anévrysmes, et notamment de l'anévrysme de l'aorte.

M. Ernest Besnier lit un rapport *sur les mesures à prendre à l'égard des sujets atteints de la pelade.* Dans un préambule historique, M. Ernest Besnier établit qu'on n'a pas encore trouvé le parasite de la pelade et que les cheveux ne présentent, dans cette maladie, que des lésions d'atrophie, de nécrobiose. L'alopécie peladique a pour mode instrumental une athrepsie aiguë, une sidération rapide du poil qui implique une altération essentielle de la fonction névropathique, ce que l'on appelle aujourd'hui un trophonévrose. Les divergences au sujet de la contagiosité de la pelade sont nombreuses ; toutefois la majorité des médecins admet la contagion de cette maladie. La pelade commune est fréquente chez les sujets nerveux ; mais, cette nervosité n'a d'autre signification que d'indiquer une prédisposition à toutes les dystrophies, et, dans le cas particulier, cette moindre résistance du système nerveux facilite l'action de l'agent extrinsèque qui agit sur la papille du poil. — M. Ernest Besnier, au nom de la Commission académique, dont il est le rapporteur, propose les mesures suivantes. 1° *Mesures de prophylaxie générale* : Dans tous les établissements publics, asiles, écoles municipales, pensions, lycées, écoles supérieures, corps de troupes, administration, et généralement dans toutes les agglomérations, aucun sujet atteint de pelade ne peut réclamer son admission ou sa conservation comme un droit. Cette admission ou cette conservation restent subordonnées aux résultats de l'enquête ouverte par les médecins particuliers à chacun de ces groupes. Pour les cas où l'intéressé n'accepterait pas la décision de ces médecins, ou si ceux-ci déclinaient la responsabilité a encourir, la question serait portée devant une commission compétente nommée par l'autorité supérieure.

Les mesures de prophylaxie générale doivent être dirigées de manière à protéger les sujets sains contre les contacts médiats ou immédiats avec les régions atteintes de pelade. Les contacts immédiats seront évités en maintenant la tête des peladiques couverte, ou du moins en oblitérant exactement la surface malade : les bonnets, les perruques partielles ou totales, les emplâtres agglutinatifs, les enduits de collodion, etc., peuvent être utilisés selon les diverses circonstances. Sans parler du mode de traitement à employer qui doit être laissé à la direction absolument indépendante du médecin traitant, il est nécessaire de dire que l'exécution de ce traitement a une importance de premier ordre dans la prophylaxie générale de la pelade. Le sujet peladique, régulièrement traité et soumis à des mesures de propreté convenables, représente le minimum possible de danger pour les sujets sains avec lesquelles il peut être mis en rapport. Pendant toute la durée de la maladie, les peladiques auront les cheveux tenus courts sur toute la tête, la barbe sera rasée ou coupée rase aux ciseaux ; chaque matin les parties malades seront exactement lavées à l'eau chaude et au savon sans préjudice des moyens de traitement que le médecin traitant jugera utile d'appliquer. Ces mesures ont pour seul but d'éliminer régulièrement de la surface de la tête tout élément qui y serait déposé et qui pourrait être un agent de transmission ; elles sont absolument de rigueur. Il sera prudent de les continuer longtemps après la guérison confirmée, non seulement pour assurer celle-ci, mais encore pour prémunir les sujets sains contre la contamination directe ou indirecte, au cas très fréquent de guérison parfaite, ou de récidive. On s'attachera avec autant de soins à mettre les sujets sains à l'abri du contact, particulièrement sur la tête ou sur la face, avec les objets ayant été en rapport avec les parties malades. On interdira et on préviendra par les mesures appropriées, dans les divers établissements, l'échange des coiffures, la communauté des objets de literie, particulièrement des oreillers, traversins, lits de camp, appuis de tête divers, et l'on devra au moins les recouvrir, si l'on est obligé de s'en servir, de linge appartenant au sujet sain. Tous les objets ayant été en contact avec la tête des peladiques seront désinfectés, sinon détruits.

Les objets de toilette du sujet malade doivent lui être réservés exclusivement : il ne serait pas inutile d'aviser les coiffeurs que cette mesure est de rigueur pour tout client sur la tête duquel existe une plaque de pelade, maladie qu'ils connaissent très bien. Dans les agglomérations où la tondeuse est en usage, celle-ci sera momentanément abandonnée aussitôt qu'on aura constaté l'existence d'un peladique dans le groupe auquel elle sert ; en tout cas, il serait bien de la désinfecter par immersion et mise en action dans l'huile ou la glycérine portées à l'ébullition ; les ciseaux ordinaires imbibés d'alcool pourront être aisément et rapidement flambés.

2° Mesures de prophylaxie spéciale :

Chaque sujet atteint fera l'objet d'une enquête médicale qui aura pour but de rechercher surtout les conditions dans lesquelles la maladie s'est développée, ses origines probables ou certaines, et de déterminer la période à laquelle est arrivée l'affection, ainsi que la multiplicité des plaques alopéciques et le plus ou moins d'adhérences des cheveux à l'entour, etc. Pour les asiles et les écoles de la première enfance, la non admission, l'exclusion ou l'isolement effectif selon la règle, parce que la rigueur de ces mesures n'a pas pour les enfants de cet âge la même gravité que pour ceux qui sont plus avancés, et parce qu'il est impossible de compter en rien sur leur concours. Dans les écoles primaires, il sera possible d'admettre les peladiques, à la condition qu'ils demeurent séparés pendant les classes, isolés pendant les récréations, soumis à un traitement approprié et aux mesures de propreté ci-dessus indiquées, enfin, qu'ils auront la tête couverte toutes les fois que l'étendue et le nombre des plaques d'alopécie ne permettra pas d'en faire l'occlusion définitive. Pour tous les externats, les peladeux peuvent être admis aux classes et aux cours à des conditions analogues ; la récréation et l'étude en commun sont soumis à une surveillance particulière sous la direction du médecin de l'établissement. Ils auront, si les plaques peladiques sont nombreuses et étendues, la tête couverte par une perruque ou un bonnet dans les cas moins intenses. Pour les internats, écoles supérieures, etc., la surveillance pouvant être exercée encore plus utilement par le médecin attaché, et l'âge des sujets pouvant permettre de compter sur leur concours, on ne prononcera la non admission ou l'exclusion temporaire que rarement et pour des cas particulièrement intenses. Presque toujours les jeunes peladiques pourront être conservés à la condition que leurs parents acceptent les mesures auxquelles ils devront être soumis, la surveillance et les soins du médecin de l'établissement, l'isolement aux récréations et au dortoir, la tête couverte d'une perruque ou d'un bonnet.

Si ces mesures, dont le degré sera réglé par l'intensité de la maladie, ne sont pas applicables dans un établissement en particulier, on aura toujours la ressource de conserver les peladiques comme externes. Dans les agglomérations militaires, l'exécution des règlements en vigueur permet de donner satisfaction à toutes les exigences du service et de préserver les sujets sains, ainsi que cela se pratique dans l'armée de mer et dans l'armée de terre. En d'autres termes nous pensons, comme M. Léon Colin, dans un rapport au ministre de la guerre, que les mesures pro-

phylactiques doivent avoir pour but : 1° L'isolement des malades ; 2° l'application d'une série de moyens comprenant l'hygiène du peladeux et de ceux qui l'entourent.

Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées.

M. le professeur CORNIL a présenté de la part du docteur REYNAL-O'CONNOR un *nouvel appareil* construit par M. Favre, très commode et portatif pour *stériliser* à 100° et plus le *catgut, la soie, le fil d'argent, les aiguilles et les pinces hémostatiques* pour les opérations chirurgicales. Dans notre prochain numéro, nous en donnerons le dessin et la description détaillée. A. JOSIAS.

VARIA

La maladie de l'empereur Frédéric III (*suite*). (1)

La nouvelle de l'aggravation de l'état du prince avait plongé l'empereur et toute la famille impériale dans la plus vive anxiété. Voulant savoir à quoi s'en tenir exactement, il résolut d'envoyer le prince Guillaume à San-Remo en compagnie du docteur Moritz Schmidt, de Francfort, qui avait été désigné par les médecins de l'empereur. On dut renoncer à envoyer Gerhardt et Bergmann, dit ce dernier, de peur que Mackenzie ne prétendit qu'ils avaient une opinion préconçue. Le docteur B. Fraenkel, professeur de laryngologie fut aussi écarté car Mackenzie avait déjà jugé à Berlin, que Krause, *priva-docent* était plus habile. L'empereur désirait pour se renseigner une personnalité libre et indépendante.

Déjà Schrötter, appelé le 6 novembre par un télégramme du général von Winterfeldt arrivait à San-Remo, le 8, à sept heures et demie du soir. Il apprend que le docteur Krause a été également convoqué et il s'étonne qu'on ait fait venir ce médecin qui n'est pas d'une expérience consommée : « C'est un jeune homme studieux qui a suivi ma clinique à Vienne pendant longtemps, ajoute Schütter. » Le lendemain, Mackenzie, Schrader, Hovell, Schrötter et Krause ont une consultation à l'hotel de la Méditerrannée, pour savoir quelle opération il fallait tenter. Mackenzie, dit Schrötter, avoue que maintenant la tumeur a l'air d'un cancer,

Après avoir examiné le prince impérial, Schrötter avoue que le diagnostic de la tumeur est difficile, car les replis aryténo-épiglottiques sont le siège d'un œdème très-accusé, surtout du côté gauche. L'immobilité absolue de la partie gauche du larynx, l'élargissement et la tuméfaction de toute cette région que l'on sentait par le palper extérieur ne peuvent faire penser qu'à une périchondrite. De plus, la marche de la maladie, l'aspect de la tumeur font admettre nécessairement qu'il s'agit d'une périchondrite consécutive au développement d'une production de mauvaise nature. Il déclare qu'il y deux modes de traitement : ou 1° attendre simplement jusqu'à ce que le danger de suffocation rendît la trachéotomie nécessaire; alors cette opération pratiquée le plus près possible, n'aurait d'autres résultats que de prolonger pendant quelque temps, la vie du malade; ou 2° de faire l'extirpation du larynx dans l'espoir d'une guérison complète; mais cette opération était grave et ses résultats immédiats ou lointains étaient difficiles à prévoir. Schrötter déclare aussi que toute ablation de nouveaux fragments de la tumeur ne pouvait que hâter la marche de l'affection.

Le lendemain, nouvelle consultation avec le docteur Schmidt qui trouve un œdème jaunâtre et transparent du repli aryténo-épiglottique gauche, œdème qui ne laisse voir qu'environ le cinquième de la corde vocale gauche et les deux tiers antérieurs de la corde vocale droite, au-dessus de laquelle on aperçoit une tuméfaction rouge foncé, recouverte d'un enduit jaunâtre. Toute la muqueuse du larynx a une coloration rouge intense.

Le jour suivant, c'est-à-dire le 10 novembre, l'œdème ayant disparu on peut voir la plus grande partie de la corde vocale gauche, la paroi postérieure du larynx et toute la corde vocale droite. La muqueuse était encore rouge et la région sous-glottique très tuméfiée faisait saillie au-dessous de la corde vocale gauche et montrait sur toute son étendue une exulcération superficielle. Le gonflement s'étendait sur la partie postérieure et sur la moité droite du larynx et s'arrêtait au tiers postérieur de la corde vocal droite, au niveau d'un petit nodule gros comme un grain de mil. La corde vocale gauche était invisible : le ganglion du ligament conoïde avait la dimension d'un petit pois et le ganglion sous-maxillaire gauche était hypertrophié, ce qui, du reste pouvait dépendre de la périostite alvéolaire que le prince avait eue récemment. On pouvait encore s'assurer de l'épaississement du côté gauche du larynx par la palpation. Schimdt pensa encore qu'il existait une périchondrite crico-aryténoïdieinne de nature cancéreuse.

A la suite de leurs consultations les médecins redigèrent la note suivante : « Après plusieurs examens minutieux, les médecins soussignés ont constaté que son Altesse Impériale est atteinte de cancer du larynx. Les médecins soussignés ont discuté les questions de traitement dans toutes ses éventualités possibles et en ont fait part à son Altesse Impériale en recommandant de pratiquer la trachéotomie à l'époque où cette opération serait rendue nécessaire. » Ont signé : Morell-Mackenzie, Schrötter, Schrader, Krause, Moritz Schmidt et Mark Hovell.

L'extirpation totale du larynx étant la seule opération qui puisse être tentée dans un but curatif à cette période de la maladie, les médecins réunis à San-Remo expliquèrent les risques de cette opération.

La princesse impériale s'opposa énergiquement à l'extirpation du larynx, et acquiesça seulement à l'opération éventuelle de la trachéotomie. Schrötter désira faire appeler Bergmann, mais la princesse ayant toute confiance dans le docteur Howell ne voulut prendre aucun engagement. Les médecins rédigèrent alors une note qui devait être lue au prince impérial. Celui-ci l'écouta sans émotion apparente, puis ayant demandé à Schrötter si son affection était de nature cancéreuse et celui-ci ayant répondu évasivement, il dit aux personnes présentes : « Au revoir, si Dieu le veut. » Une heure après sur les conseils de la princesse, Frédéric faisait savoir par écrit qu'il se refusait à l'ablation du larynx.

Dès son retour à Berlin, le 13 novembre, le docteur Schmidt, en présence de Bergmann, Wegner, Gerhardt, Tobold, Leuthold et Landgraf communiquait à l'empereur le résultat de la consultation de San-Remo. Bergmann fut choisi pour pratiquer la trachéotomie et désigna son assistant Bragmann pour se rendre à San-Remo. Celui-ci devait se tenir près du Kronprinz afin de suivre les progrès de la maladie et avertir Bergmann quand le moment de l'opération serait venu. En cas d'urgence, Bragmann devait même trachéotomiser le prince, sans attendre l'arrivée de son maitre. Bragmann arriva le 18 novembre à San-Remo. *(A suivre).*

Institut vaccinal municipal.

Dans une récente séance le Conseil municipal de Paris a renvoyé à une commission, c'est-à-dire presqu'aux calendes grecques, le rapport de M. Levraud réclamant l'autorisation de créer à Paris un Institut vaccinal. Veut-on savoir pourquoi, dit M. Laborde dans la *Tribune médicale* (1)? Parce qu'au dit Conseil siègent : 1° un pseudo-médecin, appelé M. Cattiaux, qui a la malheureuse habitude de transformer constamment les affirmations des autres en négations personnelles ; 2° un pseudo-chirurgien, M. A. Després, le chirurgien sceptique bien connu (*Septique* aurait été peut-être plus juste !) qui éprouve le besoin de ne jamais parler comme il pense. Tout cela, au moins par esprit de contradiction, pour ne pas dire plus.

Crémation de M. Morin à Milan.

Dans le n° 29 du *Progrès Médical*, nous avons annoncé que M. Morin avait chargé, par son testament, deux de ses amis MM. Poupin et Maret Leriche, de conduire son corps à Milan, pour être soumis à la crémation. L'incinération a eu lieu le 18 juillet; la douane italienne a prélevé 350 fr. pour l'entrée du corps et 350 fr. pour la sortie des cendres. C'est là une singulière façon d'encourager la crémation. Le prix de revient de l'opération, est de 19 fr. 50, elle a duré une heure et demie. Les cendres de M. Morin ont été déposées dans le cimetière de Saint-Chéron (Chartres).

Il est bien regrettable que cette opération n'ait pu être faite

(1) Voir *Progrès médical*, n° 30, p. 72.

(1) *Tribune médicale*, 7 juillet 1888.

au crématoire du Père-Lachaise. Dans l'état où en est la question, on sait que le règlement relatif à la loi sur la liberté des funérailles est actuellement au Conseil d'Etat, et nous croyons que M. Floquet aurait donné l'autorisation. Nous avons revu dimanche dernier le crématoire du Père-Lachaise; nous avons constaté avec regret qu'il était dans la même situation, qu'il y a près d'un an. Nous craignons beaucoup que le Conseil municipal, qui devrait toujours marcher en avant, ne soit pas prêt, lorsque le Conseil d'Etat aura terminé son œuvre.

Aussi, estimons-nous que le Conseil doit inviter la Commission spéciale à ne pas atermoyer sans cesse, sous prétexte d'un perfectionnement qu'elle ne termine pas.

Enseignement médical libre.

Cours particulier de technique microscopique. — M. le Dr Latteux, chef du laboratoire d'histologie de la Faculté, à l'hôpital de la Charité, commencera un nouveau cours le jeudi 23 août, à 4 h. du soir, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, nº 5, et le continuera tous les jours, excepté le samedi. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit chez le Dr Latteux, 17, rue du Louvre, de midi à deux heures.

NÉCROLOGIE

M. le Dr J. FIEUZAL.

M. le Dr Fieuzal (Jean-Marie-Théodore), médecin en chef de l'hospice national des Quinze-Vingts, administrateur du Bureau de Bienfaisance du VIIIe arrondissement, chevalier de la Légion d'honneur, vient de mourir le 28 juillet 1888, à l'âge de 52 ans. Ses obsèques ont eu lieu le mardi 31 juillet, au milieu d'une affluence considérable, parmi laquelle on remarquait M. le Directeur de l'hospice, M. Peyron, directeur général de l'Assistance publique et les élèves de Fieuzal. M. Bézal, sénateur, a retracé la vie du médecin et M. Garoenne, chef de clinique, a dit quelles étaient les qualités du maître.

Fieuzal, placé par son ami Gambetta à la tête du vieil hopital des Quinze-Vingts, avait su, en quelques années, lui donner une vie nouvelle et en faire le centre d'une clinique nationale ophtalmologique, destinée à tous les indigents de France. Il y créa un laboratoire des mieux outillés et y fonda, en 1883, le *Bulletin de la Clinique nationale ophthalmologique*, dans le premier numéro duquel on trouvera tous les renseignements voulus sur cet établissement. Fieuzal publiait chaque année dans cette revue une statistique très étendue de ses opérations et des principales observations prises dans son service. Pour compléter son œuvre, il venait de créer, il y a quelque semaines seulement, les *Annales du Laboratoire de l'Hospice*, avec l'aide de son chef de laboratoire.

On doit à cet ophthalmologiste les travaux suivants : *Comptes-rendus cliniques* (1874, 1875, 1876 et 1877) ou *Fragments d'ophthalmologie*, 1879; Delahaye et Lecrosnier, Paris. — *De l'accouchement prématuré à l'aide d'un nouveau procédé*, Thèse de Paris, 1863. — La plupart de ses mémoires récents ont paru dans le *Bulletin* qu'il dirigeait. *Choroïdite disséminée antérieure*, 1883 ; — *Iodoforme en oculistique*, 1883 ; — *Maladies des voies lacrymales*, 1883; — *Tuberculose oculaire*, 1883; — *Iritis récidivante et iritis à rechutes*, 1883; — *Maladies des paupières*, I, 1883; — *Iritis et sarcome de la choroïde*, 1883, (T. II) ; — *Athésie progressive de la pupille*, II, 1883; — *De la cocaïne en thérapeutique oculaire*, II, 1883 ; — *Congrès de la Haye et prévention de la cécité*, juillet-septembre 1884 ; — *Conseils aux mères dans le but de prévenir l'ophthalmie purulente des nouveaux-nés*, janvier-mars, 1885 ; — *Du meilleur procédé d'extraction de la cataracte sénile*, avril-juin, 1885 ; — *Des verres colorés en hygiène oculaire*, juillet-sept., 1885 ; — *Causes et prévention de la cécité*, traduction du mémoire de Fuchs et *Contribution à l'étude de la cécité*, juillet-septembre 1885 ; — *Hygiène de la vue dans les écoles et instructions pratiques*, octobre-décembre, 1885 ; — *Anatomie de l'iris*, traduction du mémoire de M. Fuchs, octobre-décembre, 1885 ; — *Coup d'œil sur les laboratoires spéciaux*, 1886 ; — *Cautérisation au jus de citron et nitrate d'argent dans les conjonctives pseudomembreuses*, 1886 et Soc. Ophth., 28 avril 1886; — *Cysticerque sous-conjonctival*, 1886; — *Cataractes hémorrhagiques et hémorrhagies consécutives à l'opération*, 1886 ; — *Verres gris-jaunes et mouvements des éléments rétiniens*, 1887 ; — *Révulsion dans les maladies des yeux*, 1887 ; — *Cataracte diabétique et réflexe rotulien*, 1887 ; *Notes sur le chlorhydrate d'hyoscine*, avec Trousseau, 1887 ; — *Les larmes de sang*, 1887 ; — *De la galvanocaustie dans les granulations* ; — *De l'éclairage artificiel*, traduction d'Hermann, 1887. — On voit que Fieuzal, qui ne s'est livré à l'ophtalmologie qu'à un âge assez avancé, a cependant publié un certain nombre de travaux. [1]

M. le Dr SALVATORE TOMMASI.

M. le Dr Salvatore Tommasi, sénateur, professeur de clinique médicale à l'Université de Naples, vient de mourir. Né en 1813 à Roccaraso (Abbruzes), il fit ses études médicales à Naples et fut reçu docteur en 1838. En 1842, il fonda le journal médical intitulé le *Sarcone*. En 1848, après concours, il fut nommé professeur de pathologie interne à l'Université. En 1849, il était élu député au Parlement ; mais bientôt il perdait sa place de professeur et était obligé de s'exiler du royaume de Naples. Il vint alors passer quelque temps à Paris et à Londres, puis retourna en Italie, à Turin, où il se livra à la physiologie. C'est là qu'il publia son *Manuel de Fisiologia*, dont la 3e édition parut en 1864. C'est en 1860 que Tommasi devint professeur de clinique médicale à l'Université de Pavie. Il ne fut rappelé comme professeur à Naples qu'en 1865. Le *Morgagni* a publié un grand nombre des travaux de Tommasi et de ses élèves. Il avait été élu sénateur en 1864. On lui doit : *Rinnovamento delle medicina italiana* et un autre volume où sont réunies ses leçons cliniques. L'enseignement médical italien lui doit beaucoup ; c'était un esprit critique fort remarquable, qui a rendu les plus grands services à la médecine de son pays.

Marcel Baudouin.

INSTRUMENTS ET APPAREILS.

Une nouvelle sonde à injections intrautérines construite sur les indications du Dr Olivier, ancien interne de la Maternité.

La nouvelle sonde à injections intra-utérines que viennent de construire MM. Gudendag frères, 19, rue de l'Odéon, sur les indications du Dr Ad. Olivier et que M. le professeur Tarnier a bien voulu présenter à l'Académie de médecine, dans la séance du 17 juillet, n'est point une sonde à double courant. Ainsi qu'on peut le voir en examinant la figure, le reflux du liquide est assuré au moyen de quatre cannelures qui partent des yeux de la sonde et se terminent à l'union du tiers moyen et du dernier tiers. On se rendra compte de la disposition et de la profondeur de ces cannelures sur la coupe placée au-dessus de la figure d'ensemble. Avec cette disposition, on est sûr que si un caillot vient à boucher une ou deux des cannelures, l'écoulement se fera par les autres. La plupart des sondes en usage actuellement présentent un vice capital, on ne peut les nettoyer et on ne peut acquérir la certitude qu'elles sont absolument aseptiques et cela, parce que leur extrémité est fermée et que les yeux sont placés à un ou deux centimètres de cette extrémité. Il existe donc en ce point un cul de sac dans lequel des éléments septiques peuvent se loger sans que l'accoucheur puisse l'en déloger, sans même qu'il s'en aperçoive. La nouvelle sonde (fig. 5)



Fig. 5.

fait disparaître [illegible] elle est en effet, ainsi qu'on peut le voir sur la figure, [illegible] des yeux. L'extrémité qui est pleine [illegible] au corps de la sonde, au moyen d'un pas de vis. La surface extérieure de cette extrémité est arrondie hémisphérique, la surface qui regarde l'intérieur de la sonde est plane ; de la sorte aucun élément septique ne peut s'y loger. L'extrémité se dévissant, on peut laver le canal de la sonde à grande eau, le brosser [illegible] s'il était nécessaire. Il est [illegible] de faire pénétrer dans l'utérus les sondes

---

1. Il serait bien à désirer que la place laissée vacante par M. Fieuzal soit mise au concours et non donnée à la faveur.

qui ne présentent qu'une courbure : celle-ci en possède deux, elle a été construite sur le modèle des sondes de Sims et de Bozemann. L'introduction en est extrêmement facile. Enfin, à l'origine se trouve un robinet qui permet de modérer à volonté et d'arrêter l'écoulement du liquide. Notre sonde a été construite en métal [illegible] et en caoutchouc durci. Les sondes métalliques ne permettent pas l'emploi des solutions de sel de mercure, aujourd'hui [illegible] général en obstétrique, sous peine de destruction rapide, force nous a été de chercher une substance inattaquable par ces sels, c'est le caoutchouc durci que nous avons choisi. Cette substance [illegible] de construire des sondes qui ont la solidité nécessaire [illegible] temps qu'une certaine souplesse. Si on plonge la sonde dans l'eau bouillante on peut en modifier à volonté les courbures [illegible] [illegible] [illegible] d'une [illegible] dans une solution de sublimé, ce qui en assure l'[illegible].

En résumé, notre sonde présente les avantages suivants : elle est d'[illegible] facile ; elle assure le reflux du liquide et elle permet l'emploi des solutions antiseptiques quelles qu'elles soient.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 22 juillet 1888 au samedi 28 juillet 1888, les naissances ont été au nombre de 1144, se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 177 ; illégitimes, 133. Total, 310. — *Sexe féminin :* légitimes, 123 ; illégitimes, 114. Total, [illegible].

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 22 juillet 1888 au samedi 28 juillet 1888, les décès ont été au nombre de 824, savoir : 419 hommes et 405 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 6, F. 11, T. 17. — Variole : M. 2, F. 2, T. 4. — Rougeole : M. 9, F. 13, T. 22. — Scarlatine : M. 1, F. 3, T. 4. — Coqueluche : M. 1, F. 3, T. 4. — Diphthérie, Croup : M. 10, F. 12, T. 22. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 97, F. 74, T. 171. — Autres tuberculoses : M. 12, F. 8, T. 20. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 6, T. 6. — Tumeurs malignes : M. 16, F. 23, T. 39. — Méningite simple : M. 21, F. 19, T. 40. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 23, F. 21, T. 44. — Paralysie : M. 1, F. 3, T. 4. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 4, T. 9. — Maladies organiques du cœur : M. 28, F. 33, T. 61. — Bronchite aiguë : M. 1, F. 4, T. 5. — Bronchite chronique : M. 11, F. 12, T. 23. — Broncho-Pneumonie : M. 7, F. 3, T. 10. — Pneumonie M. 11, F. 13, T. 24. — Gastro-entérite, biberon : M. 27, F. 28, T. 55. — Gastro-entérite, sein : M. 10, F. 5, T. 15. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 2, T. 3. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 6, T. 6. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. Débilité congénitale et vices de conformation : M. 14, F. 14, T. 28. — Sénilité : M. 2, F. 7, T. 9. — Suicides : M. 13, F. 4, T. 17. — Autres morts violentes : M. 5, F. 2, T. 7. — Autres causes de mort : M. 81, F. 61, T. 142. — Causes restées inconnues : M. 4, F. 6, T. 10.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 91, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 26, illégitimes, 17. Total : 43. — *Sexe féminin :* légitimes, 26 ; illégitimes, 22. Total : 48.

Faculté des sciences de Paris. — Le jeudi 2 août 1888, à trois heures de l'après-midi, M. Caralp a soutenu pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse ayant pour sujet : *Etudes géologiques sur les hauts massifs des Pyrénées-Orientales*, (Ariège, Haute-Garonne, Vallée d'Aran). — Le Vendredi 3 août, à 3 heures de l'après-midi, M. Kilian a soutenu, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse intitulée : *Description géologique de la montagne de Lure* (Basses-Alpes).

Faculté de médecine et de pharmacie de Lille. — M. Morelli, agrégé près ladite Faculté, est maintenu, pour l'année scolaire 1888-89, dans la fonction de chef des travaux pratiques de chimie à ladite Faculté. — M. Doumer, agrégé chargé d'un cours de physique à ladite Faculté, est maintenu en outre, dans les fonctions de chef des travaux pratiques de physique pendant l'année scolaire 1888-1889.

Faculté des sciences de Toulouse. — M. Fabre, docteur ès sciences, est chargé pour l'année 1888-1889, d'un cours complémentaire de chimie à ladite Faculté.

École supérieure de pharmacie de Nancy. — M. Heymann, bachelier ès lettres, est nommé préparateur de physique et de toxicologie à ladite École, en remplacement de M. Weinmann, démissionnaire.

École de médecine de Rouen. — Par arrêtés du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, des concours s'ouvriront : 1° Le 21 février 1889, à la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen ; — 2° Le 25 février 1889, à l'École supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen. Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

Universités de langue française. — Faculté française de médecine de Beyrouth. — M. le Dr Hache, ancien interne des hôpitaux de Paris, vient d'être nommé professeur de pathologie, et de clinique externe à la Faculté de Médecine française de Beyrouth.

Hôpitaux de Paris. — *École des enfants teigneux de l'Hôpital Saint-Louis.* — M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, a présidé, samedi dernier, la distribution des récompenses obtenues par les élèves qui suivent à l'hôpital Saint-Louis les cours spécialement réservés aux enfants atteints de la teigne. Cent cinquante élèves environ, sous la direction de leurs institutrices, assistaient à cette cérémonie. Avant la distribution des prix, M. Peyron a exprimé l'espoir qu'un *vaste hôpital-école* pourrait bientôt peut-être recevoir les enfants qui suivent actuellement les cours de l'hôpital Saint-Louis. Dans la pensée du directeur de l'Assistance publique, ce bâtiment devrait être construit dans la banlieue de Paris.

Centenaire de l'université de Bologne. — *Les étudiants Marseillais à Bologne.* On trouvera dans le *Marseille médical*, du 30 juillet 1888, l'intéressant discours prononcé à l'Association des Étudiants de Marseille par l'étudiant en médecine délégué à Bologne. L'orateur a raconté avec détails la façon dont on a accueilli, en Italie, la délégation française. Un autre conférencier a insisté sur l'attitude des Étudiants au milieu des étrangers et l'accueil fait au drapeau national. Messieurs les Étudiants parisiens, lisez cela ; les Marseillais (même la jeunesse des Écoles) parlent tant et si bien que vous croirez avoir assisté vous-mêmes aux fêtes de Bologne !

Distinctions honorifiques. — *Légion d'honneur.* M. le Dr Fournier, maire de Tours, est nommé chevalier de l'ordre national de la Légion d'honneur ; il était membre du Conseil municipal depuis 1882, maire depuis 1884, et avait été élu au Conseil d'arrondissement en 1880.

Distinctions honorifiques a l'étranger. — On annonce que le Dr Von Bergmann et le Dr Gerhardt, qui ont soigné l'empereur d'Allemagne Frédéric, viennent d'être décorés par le nouvel empereur Guillaume !

Empoisonnement dans un régiment d'infanterie a Lyon. — Un événement assez singulier s'est produit ces jours-ci dans un bataillon du 139e de ligne, caserné dans l'un des forts de la rive droite de la Saône. Un grand nombre d'hommes ont subitement présenté tous les symptômes d'un empoisonnement analogue à celui qui serait produit par la belladone. Une enquête est ouverte et a déjà démontré que le toxique n'était ni dans l'eau ni dans le vin bus par la troupe, les bataillons voisins étant restés indemnes. Jusqu'à plus ample informé, il y a lieu de croire que l'empoisonnement serait dû à l'ingestion de pommes de terre insuffisamment mûries et contenant de la solanine. (*Lyon médical*, 1888, n° 31).

Hygiène des établissement d'instruction. — Sont nommés membres de la Commission instituée par le Ministre de l'Instruction publique pour l'étude des améliorations à introduire dans le régime des établissements d'enseignement secondaire, MM. les Drs Blatin, Bouchard, Brouardel, Dujardin-Beaumetz, Lagneau, Perrin, Proust, Rochard.

Inauguration du monument du Dr Robinet au Père-Lachaise. — Dimanche dernier a eu lieu, au Père-Lachaise, l'inauguration du monument élevé par souscription au Dr Gabriel Robinet, ancien vice-président du Conseil municipal de Paris. Ce monument est formé d'une pierre tombale contre laquelle est posé le buste en bronze de Robinet, sur une colonne en marbre. Le buste, qui est très remarquable et très ressemblant, est l'œuvre de M. Rolard.

Isolement dans les salles des hôpitaux. — Dans son avant-dernière séance, le Conseil municipal a voté, un certain nombre de travaux à exécuter à l'Hôpital des Enfants malades, pour l'organisation du service de M. le professeur Grancher, en vue de l'application de l'antisepsie médicale dans les conditions suivantes : « Chaque lit de contagieux ou de suspect sera entouré de barrières qui ne permettront pas à l'infirmier de pénétrer à tout propos auprès du malade et sans avoir pris au préalable les précautions nécessaires. Il y aura également un aménagement spécial

des muraille et des parquets. Il en sera de même pour les vespaires, les lavabos, les étuves de désinfection, etc.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — *Excursion géologique.* — M. Stanislas MEUNIER, docteur ès-sciences, aide-naturaliste au Muséum d'Histoire naturelle, fera du 5 au 12 aout 1888, une excursion géologique publique en Normandie; 1re journée, 5 août, de Paris à Bagnoles (Orne); 2e journée, 6 août, de Bagnoles à Condé-sur-Noireau; 3e journée, 7 août, de Condé à Caen; 4e journée, 8 aout, la vallée de la Laize; 5e journée, 9 août, de Caen à Trouville; 6e journée, 10 août, de Trouville à Honfleur; 7e journée, 11 aout, le Havre; 8e journée, 12 aout, visite du Havre et retour à Paris. Le rendez-vous est à Paris, gare Montparnasse, cour d'en haut, le dimanche, 5 août, à 8 heures du matin. On prendra le train expresse pour Bagnoles. Pour profiter de la réduction de 50 0 0 sur le prix des places, en chemin de fer, il est indispensable de s'inscrire, avant le 5 août, à 4 heures du soir, au Laboratoire de Géologie du Jardin des Plantes.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Séance du lundi, 6 août 1888, à quatre heures très précises au Palais de Justice, dans la salle des Référés. Ordre du jour : 1° Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente. 2° Suite de la discussion sur le mémoire de M. Vibert, des traumatismes consécutifs aux accidents de chemins de fer. 3° Vote sur la candidature de M. Minovici, au titre de membre associé étranger. 4° Communications diverses.

UN CRANE CÉLÈBRE. — M. le Dr Bouchard a fait, dans la dernière séance de la Société d'Anthropologie de Bordeaux, une intéressante présentation : celle du crane de Mahmadou-Lamine. On sait que Mahmadou-Lamine a été dans le Haut-Niger, le héros de l'insurrection indigène. Son audace était sans pareille; il fut tué, après avoir été délogé de son dernier repaire de Touba-Koula, le 13 décembre 1887. Au point de vue scientifique, le crâne de Mahmadou-Lamine est fort intéressant; il est d'un volume intérieur fort petit, asymétrique et se rattachant à la catégorie des crânes dits obliques ovalaires ; certains caractères cependant l'en distinguent. Mahmadou-Lamine ne possédait qu'une seule dent, la dernière molaire, coté gauche du maxillaire inférieur ; quant à ses machoires elles ont été de son vivant atteintes par la carie dentaire et autres accidents du côté des os qui devaient probablement se rattacher à un état scrofuleux. Cette anomalie présentée par le crane de Mahmadou a donné lieu à une intéressante discussion entre MM. les docteurs Bouchard et Planteau. D'après M. Bouchard, Mahmadou était sans doute gaucher; d'après M. Planteau, l'atrophie du coté gauche et l'état de délabrement beaucoup plus caractérisé du maxillaire gauche laisseraient supposer que Mahmadou-Lamine était affecté d'un torticolis osseux.

NÉCROLOGIE. — M. L.-V. ALLAIRE, médecin principal de 1re classe de l'armée, en retraite, est mort à l'age de 66 ans, à Paris. Ancien médecin-chef de l'hôpital militaire Saint-Martin, il avait fait partie en 1869, de la Commission chargée de mettre le règlement des hôpitaux militaires en rapport avec la loi nouvelle. Allaire, qui avait passé toute sa vie à lutter contre l'intendance, et dont la carrière fut pour ce motif systématiquement retardée, ne reçut aucune compensation quand l'autonomie fut acquise. Il avait publié sur la *fièvre typhoïde* des recherches qui lui valurent une médaille d'or de l'Académie. Conseiller d'arrondissement dans le département de Seine-et-Marne, Allaire avait conservé toute son activité physique et intellectuelle : il fut aimé de tous ceux qui l'ont connu et laisse un nom justement honoré dans la médecine militaire. (F. P.) — M. le Dr JOURJON (Jean), médecin du bureau de bienfaisance et médecin-inspecteur des Ecoles du XIIe arrondissement, médecin de la Cie P.-L.-M., décédé à l'âge de 50 ans. — M. le Dr HERBILLON (de Soissons). — M. le Dr AZARY (de Budapesth), délégué de la Hongrie au Congrès de la tuberculose de Paris. — M. le Dr GREAN, accoucheur anglais. — Nous apprenons la mort de M. le Dr VOYETTE, de Chartres, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu de cette ville, président de l'Association des médecins d'Eure-et-Loir. — M. le Dr LACOSTE (de Paris), décédé le 11 juillet, reçu docteur en 1862

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie ASSELIN et HOUZEAU, place de l'Ecole-de-Médecine.

TILLAUX (P.). — Traité de chirurgie clinique. — Tome II, 1er fascicule : Affections chirurgicales de l'abdomen et des voies urinaires. Volume in-8 de 384 pages, avec 123 figures.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

GUYON (F.). — Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate, recueillies et publiées par le Dr GUIARD. Volume in-8 de 1112 pages. — Prix . . . 16 fr.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE DE FRANCE. — Volume in-8 de 160 pages. — Tome X, 1re partie.

Librairie C. REINWALD, 15, rue des Saints-Pères.

GEGENBAUR (C.). — Traité d'anatomie humaine. Traduit sur la troisième édition allemande par JULIN. — 1re partie. — Vol. in-8 de 272 pages, avec 192 figures. L'ouvrage sera complet en 4 parties. On souscrit à l'ouvrage. — Prix de l'ouvrage complet. . 30 fr.

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

BOUDET DE PARIS. — Electricité médicale. — Etudes électro-physiologiques et cliniques. — IIe fascicule : L'électricité en général ; ses sources et ses effets, sa technique ; méthodes de mesures et appareils. Volume in-8 de 309 pages et 97 figures. — Prix : 6 fr. — L'ouvrage sera complet en 3 fascicules.

PATEIN (G.). — Manuel de physique médicale et pharmaceutique. Volume in-18 de 830 pages, avec 334 figures. — Prix : 7 fr.

PICHON (G.). — Les maladies de l'esprit. — Délire des persécutions ; — délire des grandeurs ; — paralysie générale ; — épilepsie ; — dégénérescences, etc., etc. — Etudes cliniques et médico-légales. Volume in-8 de 367 pages. — Prix. . . . . 7 fr.

Librairie J. LECHEVALIER, 23, rue Racine.

SERAFINI (A.). — Contribuzione all'etiologia della pleurite acuta primaria. Brochure in-8° de 12 pages. — Napoli, 1888. — A. Belisario e C.

SERAFINI (A.). — Sulla esistenza della capsula nel bacilio del carbonchio. Brochure in-8° de 4 pages. — Napoli, 1888. — A. Belisario e C.

Librairie OLLIER-HENRY, 11 et 13, rue de l'Ecole-de-Médecine.

LE PAGE (Ch.). — Des résultats éloignés de la cure radicale des hernies épigastriques. Volume in-8 de 132 pages.

BERTIN-SANS (E.). — Rapport général sur les travaux des conseils d'hygiène publique et de salubrité présenté par le Préfet de l'Hérault (1887). Volume in-8 de 188 pages. — Montpellier, 1888. — Ricard frères.

EWALD (C.-A.). — Klinik der Verdauungskrankheiten. II. Die krankheiten des Magens. Volume in-8 de 442 pages, avec 18 figures. — Berlin, 1888. — Librairie A. Hirschwald.

LARDIER. — Des manifestations utérines du paludisme. Brochure in-8 de 22 pages. — Rambervilliers, 1888. — Imprimerie Méjeat.

OTREMBA, SOCOR et NEGEL. — Sur la conjonctivite épidémique qui a sévi à Jassy dans le courant de l'année 1887. Brochure in-18 de 25 pages, avec 5 figures. — Jassy, 1888. — Imprimerie Nationale.

RAPPORT DE L'INSPECTEUR DÉPARTEMENTAL DES ENFANTS ASSISTÉS SUR le service de la protection des enfants du 1er âge. — Année 1887. — Département de l'Eure. Brochure in-8 de 116 pages. — Evreux, 1888. — Imprimerie E. Quettier.

PRÉVOST (J.-L.) et BINET (P.). — Recherches expérimentales relatives à l'action des médicaments sur la sécrétion biliaire et à leur élimination par cette sécrétion. Brochure in-8 de 86 pages. — Genève, 1888. — H. Georg.

Libr. G. STEINHEIL, 2 rue Casimir-Delavigne.

RUAULT (A.). — De quelques phénomènes névropathiques réflexes d'origine amygdalienne. Brochure in-8 de 24 pages.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VIII. N° 32. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 11 AOUT 1888.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — M. le Pr U. TRÉLAT.

Des fistules pyo-stercorales. — Un cas de guérison par l'entérorrhaphie (fin) (1).

Voilà donc quatre opérations, toutes quatre suivies de beaux succès. Il s'agit là évidemment d'un procédé de choix. Malheureusement il n'est pas toujours applicable à cause de l'étendue des adhérences, de la nature des perforations, de l'existence de diverticules, qui trompent le chirurgien. Aussi cette méthode, tout en étant théoriquement la seule vraie, n'est-elle pas toujours possible. Pour qu'elle soit réalisable, il faut :

1° Une fistule intestinale unique ;

2° Des adhérences peu étendues.

Si l'intestin n'a pas été *complètement libéré*, les sutures échouent. On en a la preuve dans une observation des plus intéressantes de Velpeau (2), qui s'ingénia à tenter l'occlusion d'une fistule intestinale par toutes sortes de moyens. Il employa la suture, le bouchon de peau, le bouchon de muqueuse (en réalité de membrane granuleuse); tout échoua. C'est qu'à aucun moment il ne sépara entièrement l'intestin, le libérant avec son péritoine.

On retrouve le même échec de la suture dans une observation de Fontan (3), qui, lui aussi, ne libéra pas l'intestin. Il réussit chez son malade après trois opérations. Dans la dernière il avait ouvert le péritoine, et, pour boucher la brèche faite à celui-ci, il y avait introduit un morceau de gentiane. Ce dernier comprimant l'orifice fistuleux en avait amené la cicatrisation.

Même échec et même cause dans la première tentative de Riedel.

Si je vous ai rapporté ces différents faits, c'est pour que vous reteniez bien cette vérité que l'*échec de la suture est certain, tant que l'intestin n'est pas entièrement libéré*, et que par conséquent tenter la suture sans libérer l'intestin constitue une opération inutile. Bien plus encore, c'est une opération qui peut être dangereuse ; rappelez-vous que c'est à la suite d'une tentative de ce genre que M. Bouilly a perdu une malade.

Faut-il donc se borner à des actes extérieurs, et s'en tenir à une *thérapeutique portant uniquement sur l'abcès*? Certes, les incisions, le drainage, les lavages présentent quelquefois leur utilité, mais, dans les cas anciens, on n'arrive, en général, qu'à peu de résultats, ou l'on court facilement à un échec à peu près certain. Jamais on n'a vu guérir de malades par ces seuls moyens.

Deux femmes traitées par Gillette, de cette façon, sont mortes. Dans un autre cas dû à Th. Anger et rapporté dans la thèse de Delair-Rivière, il y eut une légère amélioration; de même dans un quatrième cas, traité

(1) Voir *Soc. de Chirurgie*, n° 30 et *Progrès médical*, n° 31.
(2) *Mem. sur les anus contre nature dépourvus d'éperon*, in *Journ. hebd. des progr. des sc. méd.*, Paris, 1836, p. 37.
(3) In *Bull. et Mém. de soc. de Chir.*, Paris, 1884, pag. 422. — Rapport de Nepveu.

par Paulet (1). Mais que sont ces améliorations ? quelle durée ont-elles présenté? En quoi consistaient-elles? Les observations publiées ne nous renseignent que médiocrement sur ces points, aussi ne croyons-nous qu'à des améliorations relatives. Dans le cas de Paulet, cependant, il est dit que le malade allait bien, montait à cheval; mais il était condamné à porter à perpétuité un appareil au niveau de sa fistule.

Les résultats sont meilleurs si on *modifie largement le foyer de l'abcès et son infundibulum.*

M. Verneuil (2), qui est le grand défenseur de la méthode, a publié quatre cas traités de cette façon. Deux de ses malades ont guéri, un a été un peu amélioré; le quatrième a guéri momentanément, a récidivé, puis est mort. M. Duplay, deux fois, par une ouverture large du foyer au thermo-cautère, a obtenu la guérison (3).

Que conclure des dix-sept faits qui m'ont servi à édifier cette leçon? Les petites thérapeutiques semblent n'amener aucun changement réel ; la méthode radicale, c'est-à-dire la suture intestinale, compte à son actif des résultats excellents, mais on ne peut pas l'entreprendre dans tous les cas, et elle expose, si elle est inopportune, à la mort des opérés. Qu'on risque la vie des malades dans une intervention, lorsqu'il s'agit d'affections graves, je le veux bien. Mais pour une lésion parfois assez bénigne, sur un malade qui présente les apparences de la santé, tenter une opération qui peut l'emporter, je ne crois pas que ce soit là de la bonne chirurgie. Reste donc la méthode Verneuil qui, sans être certaine, a cependant donné quelques succès. En ouvrant largement, en cautérisant toute la cavité de l'abcès et ses diverticules, on provoque une détersion facile, un bourgeonnement et une rétraction cicatricielle qui peuvent amener la guérison de l'affection.

Que ferons-nous donc à nos deux malades? Chez le premier qui jouit d'une santé parfaite, qui n'a aucun signe menaçant, aucun foyer d'infection, j'attendrai en surveillant simplement l'état local. Il est très possible qu'il guérisse, la cure spontanée ayant lieu 46 fois sur 72, au dire de Blin.

Chez le deuxième, il existe une cavité suppurante d'une certaine étendue, un écoulement continu de matières fécales, de l'amaigrissement, de la pâleur, et, bien qu'on ne soit pas obligé à une intervention d'urgence, il semble qu'on ne peut guère le laisser dans l'état où il se trouve. J'ouvrirai donc chez lui largement la cavité suppurante, par une incision cruciale ; au besoin, je cautériserai et modifierai tout le foyer. Plus tard, seulement, si la guérison n'est pas obtenue, je rechercherai la fistule et j'en étudierai les caractères. Si la fistule est unique, s'il n'y a pas de gâteau d'adhérences trop étendu, je ferai comme Julliard, je suturerai la perforation sur l'intestin libéré. Dans le cas contraire, je cautériserai de nouveau la cavité, en cherchant à agir au voisinage même de l'intestin, afin d'obtenir la rétraction de l'orifice fistuleux.

(1) In *Bull. de la Soc. Chir.*, Paris, 1874.
(2) In *Bull. de la Soc. Chir.*, Paris, 1874.
(3) In *Bull. et Mém. de Soc. Chir.*, Paris, 25 février 1885.

Cinq jours après cette leçon, le 27 juin 1888, le malade était amené à l'amphithéâtre pour y subir l'opération projetée, c'est-à-dire l'ouverture de l'abcès et la cautérisation du foyer.

L'intestin avait été préalablement vidé, naphtolé : la cavité de l'abcès désinfectée autant que possible. L'anesthésie étant complète, je fis, suivant le grand axe de l'abcès, une incision de onze centimètres. La cavité était tapissée par une mince couche de pseudo-muqueuse qu'on pouvait enlever assez facilement en frottant avec un tampon d'ouate, et très facilement avec la curette. Le thermo-cautère était prêt : j'allais l'appliquer lorsque je crus voir sur la paroi profonde de l'abcès un diverticule qui eut échappé au cautère. Je le caressai très légèrement avec le bistouri et aussitôt nous vîmes se déplier un corps blanc jaunâtre. C'était l'épiploon. La cavité abdominale était ouverte. Il fallait absolument modifier le plan opératoire.

Nous pouvions tenter de fermer par la suture la petite plaie de deux centimètres par où sortait l'épiploon, mais le succès paraissait douteux, en raison de la minceur de la paroi à ce niveau.

Faisant alors appliquer un tampon antiseptique sur l'épiploon pour le contenir, j'explorai le fond de l'abcès et je reconnus bientôt l'ouverture intestinale bordée de son liseré muqueux. Elle admettait facilement l'index et pouvait en réalité laisser passer deux doigts. Il ne me parut pas qu'autour d'elle existassent des adhérences dures et volumineuses.

Je procédai alors à la dissection du pourtour de l'orifice intestinal qui fut exécutée sans difficulté sauf en bas et en dehors où existait une bride assez résistante. L'intestin alors libéré put être amené à l'extérieur, examiné à nouveau, lavé, nettoyé et disposé pour la suture. Nous pûmes nous assurer d'après les bandes musculaires, la position et la largeur de l'intestin, que c'était bien le cæcum que nous avions entre les doigts. La suture de Lembert fut faite avec de la soie fine en deux plans et nécessita neuf points pour le plan profond et onze pour le plan superficiel. Bien que celui-ci se terminât par une sorte de bec, l'occlusion était régulière et complète. Après lavage attentif l'intestin fut réduit.

Nous nous proposions de faire une suture perdue de l'orifice profond de la paroi abdominale, puis une suture superficielle. Déjà quelques points profonds étaient placés, lorsqu'un effort du malade en détermina la rupture.

La cavité de l'abcès ayant été préalablement grattée dans toute son étendue, il nous sembla alors que le meilleur procédé pour clore la plaie abdominale, était de comprendre toute l'épaisseur des parois comme dans l'ovariotomie, sans tenir compte de la cavité de l'abcès. Sept points de suture au fil d'argent furent appliqués, mais comme la cloture de la paroi abdominale profonde n'était pas complète au niveau de l'ancien orifice intestinal et que nous ne pouvions pas la compléter à cause de la minceur et de la friabilité des bords, nous laissâmes en haut et en bas un orifice à la paroi cutanée et un drain ou mèche de gaze iodoformée fut placé dans chacun des trajets qui, en somme, établissaient une étroite communication entre la cavité péritonéale et l'extérieur.

Pansement. Bandage [illegible] pour les laparotomies.

Pas d'accidents. Pendant les premiers jours quelques gorgées de lait et de champagne à l'eau. Quatre centigrammes d'opium en deux pilules.

Le 5e jour, selle copieuse, sous l'influence d'un lavement avec glycérine.

Le 6e jour, pansement, plaie en très bon état ; renouvellement des mèches iodoformées, très diminuées de volume.

Le 10e jour, nouveau pansement; suppression des mèches qu'on ne pourrait pas réintroduire. Ablation des points de suture. Depuis le 5e jour, plusieurs selles naturelles et faciles. Très bon état.

Le 10 juillet, 13e jour depuis l'opération, guérison complète. Ouate et bandage de corps par précaution.

Le 25 juillet, guérison absolument confirmée.

Et maintenant, messieurs, permettez-moi de résumer rapidement les enseignements qui ressortent de cette étude.

Il faut tenir en grande défiance les fistules pyo-stercorales ombilicales et celles qui résultent de suppurations parties des organes génitaux de la femme. Les premières ont souvent un trajet long et compliqué ; les secondes comportent des adhérences profondes et étendues, dangereuses à aborder et rebelles aux diverses méthodes thérapeutiques. La recherche de l'histoire et des causes de la maladie a donc une importance majeure au point de vue du pronostic opératoire.

Jamais, à notre connaissance, aucun chirurgien n'a réussi à guérir une fistule pyo-stercorale par la suture des bords de l'orifice fistuleux profond. Tous les succès que nous avons fait connaître (Julliard, Riedel deux cas, Horteloup et moi : cinq faits ,ont été obtenus par la libération de l'intestin et l'entérorraphie consécutive ; libération doit être entendu dans le sens d'intestin recouvert de péritoine et libre de toute adhérence. C'est seulement dans cet état que la suture intestinale sera suivie de la guérison.

On peut donc dire que chaque fois que l'intestin pourra être libéré sans grands délabrements, c'est l'entérorraphie qui sera indiquée, parce qu'aucune autre méthode ne lui est comparable comme certitude et comme rapidité de guérison.

Mais cette libération n'est pas toujours possible ; elle est parfois dangereuse. On ne s'y aventurera qu'après examen direct des parties.

En conséquence, voici la règle qui nous paraît concilier la prudence et l'efficacité dans la thérapeutique.

Dès que le diagnostic de fistule pyo-stercorale est établi, il y a lieu d'ouvrir largement la cavité de l'abcès, de la nettoyer, de la désinfecter dans toute son étendue.

Si alors on reconnait que la fistule intestinale est unique, accessible, qu'elle ouvre dans un intestin non déformé ; qu'elle n'est pas entourée de masses volumineuses ou de gâteaux d'adhérences, on pourra, séance tenante, procéder à la dissection des bords muqueux de la fistule, à l'ouverture du ventre et à la suite de l'opération : intestin amené au dehors, suturé, réduit; paroi abdominale suturée.

On aura donc soin de tout disposer avant l'opération, en vue d'une laparotomie possible.

Si, au contraire, après avoir ouvert l'abcès, on ne reconnait pas aisément l'orifice intestinal, s'il est profond, difficile à aborder, s'il existe plusieurs orifices distincts, s'il y a autour ou à côté de l'intestin des masses indurées, si pour un motif quelconque, pourvu qu'il soit réel, on croit que l'intestin ne pourra pas être libéré, il faut renoncer à l'entérorraphie au moins provisoirement et se borner à modifier par la cautérisation ignée les parois de l'abcès et à provoquer ainsi leur rétraction cicatricielle.

Certains de ces obstacles pourront disparaître par la suite : l'orifice intestinal deviendra plus abordable ; l'induration aura diminué ou sera reconnue moins considérable. Il sera temps alors de faire secondairement l'entérorraphie.

Lorsqu'au contraire, toutes les difficultés du premier moment persisteront : fistules multiples, anfractuosités, adhérences profondes et larges, l'entérorraphie sera inexécutable et devra être définitivement rejetée. On n'aura plus d'autre ressource que de poursuivre la guérison par la cautérisation de la cavité de l'abcès et des bords de la fistule. C'est une méthode incertaine, mais elle a donné des succès à M. Verneuil et à M. Duplay. Tout espoir de guérison ne sera donc pas perdu : au moins l'infirmité sera-t-elle rendue moins grave et moins gênante. Il n'est pas douteux que ce résultat vaudra mieux que l'issue funeste à laquelle s'exposerait le chirurgien en persistant à faire une opération contre-indiquée dans ces conditions spéciales.

En somme, le traitement curatif des fistules pyostercorales est soumis à la connaissance et à la recherche des conditions anatomiques variables que peuvent présenter ces lésions.

Cette connaissance permet de choisir, pour chaque cas, la meilleure méthode thérapeutique, c'est-à-dire, pour tous ceux qui la comportent, la méthode radicale de l'entérorraphie.

Il y a lieu de croire que les applications en seront à la fois plus mesurées et plus nombreuses que par le passé.

Nous espérons que cette leçon contribuera à réaliser ce progrès.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

De la valeur antiseptique des paquets d'étoupe, de tourbe, de coton et de charpie nouvelle ;

Par F. PONCET (de Cluny).

La communication si importante de M. Tripier, de Lyon, sur l'état microbien de l'eau filtrée par les bougies Chamberland, surtout lorsque ces appareils ont quelque temps de service, me fait juger opportun de rapporter ici quelques expériences de contrôle que j'ai dû entreprendre en ces derniers mois, pour vérifier la valeur antiseptique des substances employées dans les pansements : je veux parler des parties absorbantes, de l'étoupe, de la tourbe, du coton, et de la charpie nouvelle.

Il paraîtra certainement anormal d'employer encore la charpie dans les pansements : mais nous devons faire remarquer que dans l'armée, il en existe encore pour les approvisionnements, un stock considérable, évaluable à plusieurs centaines de mille francs. Or, en l'état actuel, cette charpie possède au moins les qualités de l'étoupe, avant les manipulations qui en font une matière douce, abondante et aseptique.

Une sage économie commandait donc la transformation de l'ancienne charpie et c'est le but qu'ont parfaitement atteint MM. l'Inspecteur Weber et le pharmacien principal Thomas. En suivant leur procédé décrit, et en surveillant la finesse du cardage, nous avons obtenu une charpie très douce, très blanche, très absorbante, et susceptible de devenir aseptique par l'imprégnation de bichlorure, d'acide phénique ou d'acide borique.

Cette charpie nouvelle était fabriquée en grande quantité à Paris, dans un hôpital, et livrée en ballots de 50 kilog. simplement recouverts par une toile d'emballage. Ce mode trop primitif d'approvisionnement fut bientôt rejeté, parce que la matière occupait trop de volume, sans être suffisamment protégée par son enveloppe grossière et à larges mailles.

La charpie aseptique fut alors comprimée en paquets de 25 centimètres de long, sur 10 d'épaisseur, pesant 500 gr. et recouverts d'un simple papier ordinaire. Elle forme un feutrage assez résistant difficile à détacher, et surtout à disposer en plumasseaux.

L'étoupe de Weber et Thomas est fournie en paquets moins denses, enveloppés dans un papier parcheminé, comme la tourbe de Redon. Le coton n'est protégé aussi que par un fort papier bleu.

Tel est le matériel dont nous disposions et que nous voulions apprécier, parce que quelques opérations pratiquées avec tout le soin possible, avaient donné une suppuration abondante, voir même du pus bleu.

Pour ces expériences de contrôle, nous avons ensemencé avec lesdites substances, 10 tubes de bouillon rendus aseptiques. En prenant toutes les précautions voulues en pareille opération, nous avons déposé dans 8 tubes, des fragments des matières dites aseptiques, en conservant 2 tubes témoins.

Nous avons ainsi :

2 Tubes ensemencés avec de la charpie [illegible] venant du [illegible].
2 Tubes ensemencés avec de la charpie boriquée et phéniquée, faite par nos soins, 2 de chaque.
2 Tubes avec de la tourbe Redon au bichlorure.
2 Tubes avec de l'étoupe Thomas et Weber, 1 [illegible], 1 [illegible].

Les tubes furent maintenus à la température de 20° à 25°, et au bout de 4 jours, nous constations un trouble dans 6 de nos tubes. Les cryptogames eurent bientôt recouvert la surface du bouillon, végétant ensuite dans le bouillon lui-même et le long du tube : ils constituaient assurément plusieurs espèces.

Deux tubes seuls sont restés stériles : un, contenant la tourbe Redon au bichlorure. L'autre, l'échantillon de charpie bichlorurée, préparée par nous.

Les 2 tubes témoins restèrent clairs et stériles.

On peut dire alors que tous ces échantillons étaient entachés de microbes, car toutes les matières, plus ou moins, ont fait germer des cryptogames.

Nous sommes persuadé que les manipulations des objets de pansement faites par des ouvriers peu soigneux ont pour résultat, lors de la mise en paquets, de souiller les substances rendues aseptiques par les lavages et les imprégnations antérieures.

Pour remédier à cet inconvénient, j'avais pris les dispositions suivantes.

Après le cardage et l'absorption phéniquée, la charpie est enroulée dans une compresse elle-même bichlorurée, et forme un paquet peu dense de 250 grammes.

Mais alors ledit paquet, au lieu d'être recouvert immédiatement de l'enveloppe parcheminée, *est placé pendant [illegible] dans une petite étuve*.

[illegible] pouvait, disait-on, atteindre 120° nous a donné une température de 170°, au centre du paquet, constatation faite par le thermomètre à maxima. Nous estimons que cette température donne toute sécurité [illegible] et [illegible] cette épreuve le paquet de charpie peut recevoir, sur la compresse, une dernière enveloppe de papier parcheminé.

C'est avec des paquets de charpie ainsi surchauffée, et ayant séjourné 8 à 10 jours dans un cabinet d'hôpital, que nous avons établi la 2e expérience comparative.

Elle comprenait :

1 Tube ensemencé avec charpie chauffée à 170° bichlorurée.
1 Tube ensemencé avec charpie chauffée à 170° et phéniquée.
2 Tubes [illegible] Thomas et Weber.
2 Tubes [illegible] Redon.
2 Tubes [illegible].
2 Tubes témoins.

Sur les 8 tubes ensemencés, un tube contenant de la tourbe Redon et les 2 tubes à *charpie surchauffée* sont seuls avec les témoins restés transparents : tous les autres sont devenus troubles et fétides en quelques jours.

Cette 2e expérience confirme la première sur le caractère non aseptique des substances ordinaires de pansement. La tourbe Redon, semble cependant posséder de sérieuses garanties d'antisepsie, puisque la moitié des ensemencements sont restés stériles ; mais la charpie surchauffée résiste d'emblée à toute germination ; elle est bien aseptique.

Ces deux expériences auraient besoin d'être à nouveau répétées ; néanmoins dès maintenant, il est permis de dire qu'en usant de l'étoupe, de la tourbe, du coton, de la charpie nouvelle, les chirurgiens, ne sont pas à l'abri des germes pathogènes. Ils n'auront de sécurité qu'en soumettant ces substances, dans une étuve à 170°, le matin, quelques heures avant l'opération.

Nous ne pensons pas cependant, qu'il suffirait de surchauffer les matières à pansement pour conserver et assurer l'antisepsie. Car ces objets doivent non seulement être exempts de germes, mais encore empêcher le développement de ceux qui s'y déposent. Voilà pourquoi l'imprégnation de la charpie, de l'étoupe par les antiseptiques, sera toujours nécessaire.

Mais alors les agents volatils, perdent une grande partie de leur puissance ; à moins, ce qui n'est pas impossible, de pratiquer l'imprégnation après le séjour dans l'étuve.

Quoi qu'il en soit, ces simples expériences de contrôle ramènent les chirurgiens à l'antiseptique le plus simple et le plus énergique, *à la chaleur*.

C'est l'intervention de cet agent qui reste la plus facile, la plus rapide, la plus sûre. Les autres antiseptiques ne seront qu'un complément destiné à conserver sur la plaie ou à maintenir dans les approvisionnements l'état premier aseptique, sûrement acquis par la température élevée.

PATHOLOGIE EXTERNE

Funiculite subaiguë consécutive à une cure radicale de hernie étranglée ;

Par **A. MOULONGUET**, interne des hôpitaux.

OBSERVATION. — Le 19 mars dernier, entrait à l'hôpital Saint-Louis, salle Nélaton, lit n° 35, un homme de 30 ans, porteur d'une hernie inguinale droite, datant de l'enfance. Habituellement, cette hernie était maintenue par un bandage ; souvent elle sortait, le malade la faisait rentrer, mais jamais complètement et le sac restait toujours habité. La veille au soir, en sortant de table, le malade avait été pris de douleurs vives dans le bas ventre, la hernie avait glissé sous le bandage et il n'avait pu la réduire. A partir de ce moment, il n'a plus ni garde-robes, ni gaz par l'anus, et dans la nuit il vomit son repas. — A son entrée, le facies et le pouls sont normaux, la hernie est très modérément tendue, peu douloureuse, et par le taxis, on parvient à la rentrer en partie. Mais elle se reforme, le malade a quelques douleurs, il est inquiet, il n'a point de garde-robes, ni de gaz. Bien qu'il n'y ait ni vomissements, ni tympanisme abdominal, on fait appeler un chirurgien du bureau central qui l'opère, le 20 mars à [illegible] heures du soir.

La hernie n'est point congénitale. Le doigt pénètre facilement dans l'anneau et rencontre une arête vive, qui semble cause de l'étranglement. Dans le sac, on trouve de l'intestin grêle rouge et enflammé qu'on réduit, et une masse épiploïque enflammée. On tire légèrement sur elle, on la resèque après ligature au catgut et le pédicule remonte dans le ventre. La dissection du sac est assez laborieuse, surtout au niveau des éléments du cordon. Ses adhérences sont intimes, ce qu'explique bien l'ancienneté de la hernie ; — cependant, avec les ongles et une sonde cannelée, l'opération est menée à bonne fin ; le sac est reséqué, suturé, et le péritoine se rétracte dans la cavité abdominale. On avait fait une antisepsie rigoureuse ; on place un drain, on suture la paroi.

Les jours suivants, le malade va très bien ; il n'a pas de fièvre ; le lendemain, il rend des gaz par l'anus. Deux jours après, on retire le drain. Six jours après, la réunion est parfaite et on enlève les crins de Florence qui suturent la peau. La plaie est guérie, la cicatrice est parfaite. Jusqu'ici, rien que de naturel. Voici le fait qui nous a paru intéressant.

Le jour où l'on défait le pansement pour retirer les fils, on note sur le trajet du cordon spermatique, l'existence d'une tuméfaction allongée, d'une consistance extrêmement dure, presque cartilagineuse. Elle a le volume d'un poignet d'enfant. — Elle est arrondie, lisse et assez régulière, sans grosse bosselure. Elle s'étend du testicule qu'elle coiffe complètement jusqu'à la cavité abdominale, dans laquelle elle s'enfonce par l'anneau inguinal. Outre sa dureté spéciale, son caractère le plus remarquable est son indolence absolue ; on peut la presser, la serrer dans tous les sens, et le malade n'éprouve aucune douleur. Elle n'obéit point aux secousses de toux. Elle est un peu mobile, en masse et la peau qui la recouvre est normale, libre ; la cicatrice elle-même n'est que très peu adhérente. Elle semble envahir tous les éléments du cordon et englober l'épididyme qui ne peut en être isolé. Enfin elle s'est développée sans produire la moindre douleur, sans provoquer de phénomène fébrile réactionnel. Au premier abord, et lorsqu'on n'était pas prévenu, on ne pouvait s'empêcher de penser à une épiplocèle enflammée, non réduite. Pour nous cette hypothèse n'était point possible ; nous avions vu reséquer toute la masse épiploïque contenue dans le sac, nous avions vu le pédicule s'échapper dans le ventre. Par là dessus, le sac avait été enlevé ; le péritoine, attiré et suturé, était ensuite remonté, il n'était pas admissible qu'il se fut produit une nouvelle hernie épiploïque avec un nouveau sac. Pour surcroît de preuves, nous rappellerons que cette tumeur était irréductible et immobile dans les efforts de toux.

On pouvait se demander s'il ne s'agissait pas d'un épanchement sanguin. Mais l'hémostase avait été parfaite ; la dureté de la tumeur était telle, qu'on ne la rencontre pas dans les lésions de cette nature, même de date ancienne ; la tumeur était trop bien circonscrite ; enfin, s'il y avait eu hémorrhagie la peau n'aurait pas gardé sa coloration normale, on aurait eu une ecchymose sous-cutanée révélatrice. La plaie était drainée ; si le sang avait coulé il serait sorti par le drain, or le pansement, n'était même pas taché.

La seule hypothèse qui nous semble valable, est celle d'une funiculite sub-aiguë. Certes, cet ensemble symptomatique, ne ressemble guère à celui qui accompagne les inflammations aiguës du cordon ; pas de douleur spontanée, ni à la pression, pas d'irradiation douloureuse, pas de réaction fébrile. D'autre part cette affection ne doit pas être très commune à la suite de cure radicale de hernies, car nous ne l'avons pas trouvée mentionnée dans les ouvrages classiques, ni dans les travaux plus récents sur cette matière, la thèse de M. Segond et le traité de M. Lucas-Championnière. Pourtant, le processus pathogénique, parait facile à saisir. Dans une dissection laborieuse du sac, les éléments du cordon, quelques précautions que l'on prenne, sont forcément tiraillés et plus ou moins meurtris, rien d'étonnant que la réaction se produise ; mais ce qui nous a semblé curieux, c'est le volume de la tumeur, ses caractères sur lesquels nous avons insisté, enfin la marche de l'affection dont nous devons dire quelques mots.

Sous l'influence du repos et l'application d'un emplâtre de Vigo, la tumeur ne tarda pas à diminuer ; la résolution se fit de la partie inférieure vers la supérieure. Quatre jours après l'épididyme était dégagé, la tumeur ne s'étendait plus que jusqu'au tiers inférieur du cordon ; là où elle existait encore, elle n'avait perdu aucun de ses caractères et entre autres sa dureté remarquable. Dix jours après, le cordon était libre, ses éléments étaient devenus distincts, sauf à la partie supérieure, au voisinage de l'anneau inguinal dans lequel s'enfonçaient les vestiges de cette grosse tuméfaction.

On permit au malade de se lever, il quitta l'hôpital huit jours après, il était complètement guéri.

RÉFLEXIONS. — Il nous a paru utile de publier cette observation pour deux raisons : D'abord elle pourra éviter une erreur de diagnostic et empêcher de croire que l'épiploon n'a pas été réduit, ou que l'épiplocèle s'est reproduite : — la marche de l'affection pourra rassurer le chirurgien sur son issue immédiatement heureuse.

En second lieu, et ceci est une question plus délicate,

on peut se demander, ce que devient le canal déférent après un traumatisme de cet ordre. Il est probable qu'il entre pour sa part dans cette inflammation du cordon et il nous paraîtrait hasardeux d'affirmer qu'il en sort indemne, sans oblitération passagère, ou plus ou moins durable. La preuve du fait, on le comprend, n'est pas facile à faire, la recherche histologique des spermatozoïdes dans le liquide séminal n'aurait pu nous donner de résultat, puisque le canal déférent du côté opposé, était sain.

Essaierons-nous de tirer de ce fait, un argument contre la cure radicale des hernies ? Certainement non, car c'est un accident sans doute rare, dont les conséquences immédiates, sont des plus bénignes et dont les inconvénients tardifs, ne sont que problématiques. Mais, il nous servira à conclure, qu'on doit agir avec des précautions infinies. lorsqu'on dissèque le sac au niveau du cordon, et que les tiraillements, les froissements de ce dernier ne sont pas toujours exempts de danger.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Ulcère simple de l'œsophage.

L'œsophage, de même que le reste du tube digestif, n'est pas exempt de cette affection ulcéreuse, présentant des pertes de substance arrondies, comme faites à l'emporte-pièce, à laquelle on a donné le nom d'ulcère simple, pour la différencier des affections d'origine néoplasique.

Historique.— Valleix, le premier, en cita un cas; puis Albers (de Bonn en décrivit un autre se comportant comme un ulcère de l'estomac. Depuis, Vigla, Reeves, Flower, Part, Rokitansky, Trier, en ont mentionné des observations. Knott a bien décrit ses caractères d'ulcère perforant. D'autre part, Zenker, Ziemssen, Kœnig, Morell-Mackensie le nient. C'est Quincke, aidé de Langhans, qui l'a bien décrit le premier (1879). Depuis, M. Debove (1) a complété l'histoire de l'ulcère simple de l'œsophage, en a mentionné tous les caractères, et a pu, aidé de recherches antérieures, établir le diagnostic de cette affection dans deux cas. Un de ses élèves, M. le Dr Berrez (2), a rassemblé la plupart des documents (15 observations), relatifs à cette question. La plus grande partie des renseignements qu'a nécessité cette revue a été empruntée à ce mémoire. La question n'est pas encore complètement résolue, et il reste, comme nous le verrons, quelques points encore obscurs.

Anatomie pathologique. — Par l'ensemble de ses caractères anatomiques, l'ulcère simple de l'œsophage ressemble à celui de l'estomac : *forme* annulaire ou cylindrique, arrondie lorsque l'ulcère est petit, irrégulière, s'il est plus volumineux; par son étendue en *profondeur*, envahissant successivement les diverses tuniques de l'organe, pour aboutir à la perforation; infundibuliforme; *bords* taillés à l'emporte-pièce: *fond* inégal, grisâtre, présentant parfois des orifices vasculaires. Ses dimensions varient de quelques millimètres à quelques centimètres. Le plus petit peut avoir les dimensions d'une pièce de 20 centimes; le plus grand peut occuper toute la circonférence de l'œsophage sur une hauteur de 8 centimètres. On peut rencontrer plusieurs ulcères, parfois de très récents, à côté d'autres plus anciens, ou même en voie de cicatrisation. Parfois en même temps coexiste un ulcère de l'estomac ou du duodenum. La muqueuse est plus ou moins enflammée au pourtour de l'ulcération. Au niveau de celle-ci, et au-dessus, le canal est dilaté d'habitude, et le tissu péri-œsophagien est souvent épaissi, sclérosé; enfin, il peut y avoir des adhérences entre l'œsophage et les organes voisins. L'ulcère *siège* le plus fréquemment au tiers inférieur de l'organe, depuis le voisinage du cardia jusqu'à 6-8-10 cent., de celui-ci, occupant la circonférence de ce canal ou une des parties latérales, surtout la droite.

L'ulcère progresse dans son travail de destruction ou se cicatrise. Dans le premier cas, il peut atteindre les vaisseaux, donnant lieu à des *hémorrhagies* graves. On n'a pas relevé de faits d'hémorrhagies foudroyantes, sans doute à cause du peu de vascularisation de l'œsophage. Le plus souvent, on n'a affaire qu'à des hémorrhagies capillaires. Ce travail destructif peut aboutir à la *perforation*, qui est fréquente (6 sur 25 cas), avec épanchement dans le tissu conjonctif voisin, ou oblitération par l'un des organes avec lesquels ce conduit est en rapport, ou enfin communication avec un de ces organes (trachée, bronches. plèvre, péricarde).

La cicatrisation s'effectue d'après le mécanisme indiqué par les auteurs pour l'ulcère de l'estomac. Lorsque la lésion a été profonde, le tissu cicatriciel étant abondant obture progressivement la lumière de l'œsophage et donne lieu à un rétrécissement avec tous les désordres que nous connaissons. Ces cicatrices peuvent se rompre, pense M. Berrez, et leur surface n'est recouverte ni de glandes, ni de revêtement épithélial.

Etiologie. — Elle est inconnue. Cette affection est le plus rare des ulcères du tube digestif. Il est plus fréquent chez l'homme que chez la femme. C'est une affection de l'âge mûr, de 40 à 65 ans. On peut invoquer, comme cause l'alcoolisme, de même que dans l'ulcère de l'estomac; plusieurs observations mentionnent l'abus ou l'usage de l'alcool; d'autre part, on trouve fréquemment, en même temps, des lésions de sclérose des reins et du cœur.

Pathogénie. — Toutes les théories émises sur la formation de l'ulcère de l'estomac, peuvent être appliquées à celui de l'œsophage. Quincke a admis pour celui-ci l'action du suc gastrique. Cette hypothèse est admissible si l'on envisage les ulcères voisins du cardia; mais, pour ceux situés à 6 et 8 centimètres au-dessus, il faut avoir recours à d'autres théories. D'autre part, on sait que des lésions et des traumatismes exercés sur les parois de l'estomac des animaux ne peuvent seuls provoquer l'apparition d'ulcère de l'estomac par autodigestion. L'obscurité est donc encore profonde sur la pathogénie de l'affection que nous décrivons.

Symptômes. — Le début semble marqué par des troubles digestifs légers, peu caractéristiques. Puis, après un temps plus ou moins long, apparaissent les signes fondamentaux: douleur, dysphagie, vomissements, hématémèses.

La *douleur* au creux épigastrique ou à la partie supérieure de la poitrine n'indique pas par son siège le niveau de l'ulcère. Elle présente des irradiations entre les épaules, au-dessous des mamelons, vers les hypochondres, le rachis au niveau de la région dorso-lombaire. La douleur est vive, brulante, augmentée par la

(1) Debove. — *Soc. méd. des hôp.*, 13 avril 1885 et 5 août 1887.
(2) Berrez. — De l'ulcère simple de l'œsophage. Thèse de Paris, 1888. — Delahaye et Lecrosnier, éditeurs.

pression au creux de l'estomac ; ordinairement elle revient par crises, au moment où le malade essaie de déglutir les aliments. Si elle est continue, c'est après ce moment qu'elle s'exaspère.

La *dysphagie* s'accentue progressivement ; d'abord elle n'existe que pour les aliments solides, puis elle se manifeste pour les liquides.

Le malade, à ce moment, est pris de *vomissements*, et rejette par régurgitation, par bouchées ou gorgées les aliments avalés. Ces phénomènes sont la cause de l'amaigrissement progressif du malade, qui est réduit à l'inanition.

Les *hématémèses* sont fréquentes; le sang est seul ou mêlé aux aliments, il est rouge ou rouge brun. Il peut pénétrer dans l'estomac et être rendu sous forme de vomissements marc de café, ou dans les selles (melœna).

Ces symptômes sont accompagnés d'anorexie, de dégoût pour les aliments, de soif, de constipation. Le dépérissement, la cachexie en sont le terme. Parfois, l'ulcère de l'œsophage évolue silencieusement, sans trouble fonctionnel. La marche est ordinairement lente, irrégulière avec des alternatives d'aggravation et d'amélioration ; la durée varie de quelques mois à plusieurs années. La guérison peut être complète ; mais, le plus souvent, la cicatrisation n'a pour effet que de donner lieu à une autre affection grave : le rétrécissement de l'œsophage. La mort survient, en général, par épuisement, ou à la suite des hémorrhagies ou d'une perforation. Le pronostic est donc très sombre.

Diagnostic. — Il n'y a aucun signe pathognomonique qui puisse faire diagnostiquer l'ulcère de l'œsophage ; d'autant plus que sa rareté fait qu'on y pense bien rarement. Parfois sa marche torpide fait croire à une anémie pernicieuse. Ou bien il peut empiéter sur l'estomac, et on pense être en présence d'un ulcère ordinaire de l'estomac. On ne peut faire le cathétérisme, en raisons des dangers qui en seraient la conséquence. La dysphagie et la régurgitation indiquent surtout une affection de l'œsophage. Le cancer de cet organe s'en différencie par la marche plus rapide, les conditions d'hérédité, la dyspnée, la toux, les troubles de la voix, le hoquet, le dégoût des aliments, surtout de la viande, la cachexie avec teinte jaune paille des téguments, la présence de ganglions sus-claviculaires, enfin l'apparition d'une phlegmatia alba dolens. La longue durée et la marche irrégulière des accidents sont l'apanage de l'ulcère.

A la période cicatricielle, les signes bien connus et que nous n'avons pas à retracer ici le distinguent suffisamment.

Traitement. — A la *période d'ulcération*, il y a bien peu de chose à faire : calmer la douleur, diminuer les mouvements de l'organe, alimenter le malade (injections de morphine, glace à l'intérieur, immobilité dans le décubitus dorsal, injections d'ergotine. Si la dysphagie est extrême, il n'y a souvent qu'un remède, pratiquer la gastrostomie.

A la période de rétrécissement, il convient de faire la dilatation de l'œsophage, soit avec le cathéter à boules ordinaire, soit avec l'appareil de M. Debove à plusieurs boules de divers calibres glissant sur un même mandrin (1). Si le rétrécissement est infranchissable ou non dilatable, il ne reste plus encore qu'à pratiquer la gastrostomie. A. RAOULT.

Influence favorable des basses températures pendant les mois de juin et de juillet 1888.

On a dit tout le mal possible du mauvais temps qui vient de durer deux mois et on se lamente encore aujourd'hui sur la fréquence des pluies et des orages de juin et de juillet, sur la mauvaise volonté du soleil qui s'acharne à ne point nous envoyer de vigoureux rayons calorifiques.

La température relativement basse que nous avons subie jusqu'à ces jours derniers a pourtant eu un résultat qui n'est pas à dédaigner et qu'au moins on ne doit pas ignorer. Si elle a détruit un certain nombre de produits utiles à l'homme, elle a conservé la vie à un nombre notables d'individus. Le fait a son importance et le petit calcul suivant va le prouver, pour Paris au moins. Pendant les mois de juin et de juillet 1887, il est mort dans cette ville 3.790 personnes en juin, 3.537 en juillet. — Cette année-ci, pendant les deux mêmes mois, on n'a eu à enregistrer que 3.526 décès en juin, 3.370 en juillet. Il y a donc une différence de 264 pour juin, de 167 pour juillet, c'est-à-dire une diminution d'environ 7 0/0 dans la mortalité de 1888.

Le tableau ci-dessous en fait foi.

1887				1888			
JUIN.	HOMMES.	FEMMES.	TOTAUX.	JUIN.	HOMMES.	FEMMES.	TOTAUX.
1re semaine. . . .	479	452	941	1re semaine. . . .	479	483	962
2e semaine	540	560	1100	2e semaine	496	394	890
3e semaine	504	405	909	3e semaine	431	402	833
4e semaine	460	380	840	4e semaine	413	398	841
Total général.			3790	Total général.			3526
JUILLET.				JUILLET.			
1re semaine. . . .	500	424	924	1re semaine. . . .	481	362	843
2e semaine	487	407	894	2e semaine	443	401	844
3e semaine	450	394	[illegible]	3e semaine	458	401	859
4e semaine	474	[illegible]	[illegible]	4e semaine	419	405	824
Total général.			3537	Total général.			3370

Le fait vient d'être aussi signalé et étudié avec soin pour l'Angleterre ; d'après la *Semaine médicale*, la mortalité des 28 grandes villes de la Grande Bretagne a été de 3,60 0/0 moins considérable que la rareté des six dernières années pour les mois en question. Cette diminution de la mortalité s'explique par la variété des affections gastro-intestinales, entr'autres des diverses diarrhées. A noter aussi que la mortalité des Anglais âgés est restée au-dessous de la moyenne habituelle.

On sait qu'en Norvège on se plaint, au contraire, des températures élevées, exceptionnelles pour ce pays, qui se produisent actuellement. Aurait-on constaté là-bas une augmentation de la mortalité ? MARC. B.

(1) V. Soc. méd. des Hôp., 12 avril 1883.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 30 juillet 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

M. SCHLOESING lit une note sur les *relations de l'azote atmosphérique avec la terre végétale* et sur *le dosage du carbone et de l'azote dans la terre végétale.*

M. GAUDRY parle des *dimensions gigantesques de quelques Mammifères fossiles.*

M. CARNOT adresse un travail sur le *dosage de la lithine dans les eaux minérales*, et sur l'*analyse de deux sources de la Côte-d'Or*, dont la teneur en lithine est exceptionnelle (Fontaine salée du hameau de Maizières, vallée de l'Acroux, commune de Magnien, arrondissement de Beaune ; — Source de Santenay, canton de Nolay, même arrondissement). Dans la première, il y a 0,024 de lithine par litre ; dans la seconde, 0,031.

M. GLEY envoie un mémoire sur la *toxicité comparée de l'Ouabaïne* ($C^{30}H^{46}O^{12}$) *et de la Strophantine*($C^{31}H^{48}O^{12}$). L'action physiologique de ces deux substances, si semblables au point de vue chimique, est à peu près la même. Elles agissent toutes les deux sur le système nerveux bulbo-médullaire (troubles respiratoires, vomissements) et sur l'appareil cardio-vasculaire (d'abord accélération et augmentation d'amplitude des contractions cardiaques et vaso-constriction généralisée, puis arrêt du cœur). Pour le lapin, la toxité de l'ouabaïne est presque le double de celle de la strophantine : pour le chien elle est le triple ; pour le cobaye, elle est quadruple. La strophantine agit toujours moins rapidement. Pour la grenouille, la toxicité de l'ouabaïne est le double.

M. Fr. FRANCK étudie les *influences des excitations simples et épileptogènes du cerveau sur l'appareil circulatoire*. M. Franck décrit successivement : 1° Les troubles cardiaques accompagnant les convulsions dans les accès complets, dans les accès incomplets, enfin dans les accès anormaux (accès à intercalation d'une période tonique entre deux phases cloniques) ; — 2° Les troubles cardiaques des accès épileptiques masqués par la curarisation (accès organiques ou épilepsie interne) : — 3° Les troubles vasculaires de l'épilepsie provoquée, avec ou sans convulsions externes (spasme énergique des vaisseaux par action vaso-constrictive d'origine centrale) ; — 4° Effets circulatoires d'origine corticale, indépendants de l'état épileptique (réactions vaso-constrictives et cardio-modératrices ou cardio-accélératrices suivant l'intensité de l'excitation et le degré d'excitabilité cérébro-médullaire).

M. PRILLIEUX indique le *traitement efficace du Black Rot.*

M. KILIAN décrit la *structure géologique de Sisteron* (Basses-Alpes). MARCEL BAUDOUIN.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 28 juillet 1888. — PRESIDENCE DE M. DUMONTPALLIER.

MM. GRÉHANT et QUINQUAUD ont fait des expériences sur le *temps que mettent les médicaments à apparaître dans le sang*. Ils ont reconnu que l'injection sous-cutanée déterminait beaucoup plus rapidement cette apparition que l'absorption par l'estomac. C'est ainsi, par exemple, que 3 grammes d'iodure de potassium absorbés par l'estomac dénotent leur présence dans le sang au bout de 23 à 31 minutes, alors qu'il suffit de 8 minutes dans le cas d'absorption sous-cutanée. De même pour le salicylate de soude, quoique ce médicament fut absorbé moins rapidement.

M. MÉGNIN combat l'opinion qui veut que les *Helminthes* passent toujours par la période larvaire avant d'arriver à l'état adulte. Il résulte de ses expériences que l'ingestion d'œufs d'ascarides donne lieu directement, chez le chien, au développement des individus adultes dans l'intestin.

M. BRASSE a fait des expériences sur l'*hémoglobine*. A 45°, la tension de dissociation est telle que la mort en est la conséquence. Ces résultats sont intéressants au point de vue clinique.

M. Fr. FRANCK, continuant le cours de ses recherches sur les modifications de la circulation dans l'épilepsie, a constaté que lorsque les zones corticales épileptiques donnent lieu à des contractures, le cœur se ralentit, alors que ces battements s'accélèrent lorsque cette excitation donne lieu à des convulsions (voir *Ac. des sciences*.

M. PHISALIX lit : 1° une note sur la *nature du Ganglion ophtalmique et la première cavité céphalique chez les Sélaciens* ; 2° sur la *Cyclopie chez les Mammifères.*

M. HÉNOCQUE remet une note de M. CARVALHO (de Rio-de-Janeiro) sur l'*abolition de l'excitabilité de l'écorce cérébrale par la cocaïne.*

NOTA. — *La Société reprendra ses séances le premier samedi d'octobre.* GILLES DE LA TOURETTE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 7 août 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

M. NICAISE fait une communication sur *la température du spray*. Cette température va toujours en s'abaissant, à mesure qu'on s'éloigne du bec du pulvérisateur. L'abaissement de la température du spray varie avec la température ambiante ; mais, entre deux points dont la distance au bec ne varie pas, l'abaissement est toujours à peu près le même, malgré les différences de la température ambiante. A partir de 50 centimètres du bec, la température du nuage du pulvérisateur tend à se mettre au même degré que la température de la chambre. A une distance fixe du bec, la température du spray varie peu, de un degré et demi pendant la durée du fonctionnement de l'appareil. La température du nuage de vapeur seule, sans mélange de liquide pulvérisé, est au-dessous de celle du nuage de pulvérisation pour une même distance du bec. La température du liquide à pulvériser n'a pas d'influence sensible sur la température du nuage de pulvérisation.

M. CORNIL fait une communication sur *les inflammations pseudo-membraneuses et ulcéreuses de l'intestin considérées en général*. Des micro-organismes différents, appartenant chacun à une maladie virulente déterminée, peuvent produire sur l'intestin grêle et le gros intestin des lésions plus ou moins intenses, de l'inflammation aiguë ou chronique. Ces lésions évoluent dans un ordre déterminé en partant de la surface de l'intestin où l'on observe d'abord la congestion, les pseudo-membranes superficielles, les altérations de sécrétion des glandes de Lieberkühn, puis l'infiltration de toute la muqueuse, la tuméfaction des follicules clos. La nécrose cellulaire, partie aussi de la surface, envahit progressivement les couches profondes, les glandes en tube, les follicules clos qui présentent des fissures à leur centre ; des ulcérations plus ou moins étendues surviennent ensuite au milieu de la muqueuse très épaissie par l'inflammation. Ces ulcères sont aussi, tant que dure l'acuité de la maladie, tapissés par une fausse membrane fibrineuse et nécrosique. La répartition des micro-organismes y est telle qu'une quantité colossale des microbes du mucus intestinal infiltrent les parties pseudo-membraneuses et nécrosiques de la surface de l'intestin : les microbes spéciaux de la maladie s'y trouvent aussi nets ; ils sont relativement plus nombreux dans les couches profondes et dans les ganglions lymphatiques. La voie ouverte par l'inflammation et l'ulcération de l'intestin fait progresser dans les voies lymphatiques, dans les ganglions, le péritoine, et jusqu'à la surface de cette membrane, non seulement les microbes spéciaux au virus déterminé d'une maladie, mais aussi les micro-organismes qui existent à l'état normal dans le mucus intestinal.

M. LUYS vient répondre au rapport de M. Dujardin-Beaumetz, concernant son travail sur *la sollicitation expérimentale des phénomènes émotifs chez les sujets en état d'hypnotisme*. Profondément convaincu de la réalité des faits qu'il a produits, M. Luys regrette que le rapport de M. Dujardin-Beaumetz, soit aussi écourté et s'étonne de la discordance qui existe entre les comptes rendus des pro-

cès-verbaux et les conclusions de la Commission. — La Commission, dite de l'hypnotisme, après avoir, dans une première séance, controlé le bien-fondé des assertions émises par M. Luys, aurait ultérieurement entrepris des expériences pour son compte, des expériences contradictoires destinées à combattre les faits qu'il avait énoncés. Ces expériences, selon M. Luys, sont antiphysiologiques et n'aboutissent qu'à produire l'obscurité et l'incertitude. Aussi M. Luys maintient-il comme vrai ce qu'il a avancé, attendu que si, les réactions n'ont pas été concordantes devant la commission, c'est que l'expérience a été mal conduite. Aussi. s'efforce-t-il aujourd'hui de reprendre une à une les conclusions de la Commission pour les discuter, les réfuter et les opposer à celles qu'il a émises dans son travail. Ou les phénomènes somatiques, dont les membres de la Commission ont été témoins (convulsions, gonflement du corps thyroïde, rétrécissement des pupilles, turgescence de la face, cornage, etc. sont réels, ou ils sont faux. S'ils sont réels, pourquoi n'en tenir aucun compte, et ne pas les enregistrer comme des réalités démontrées ? S'ils sont faux, pourquoi les enregistrer dans les procès-verbaux ? La Commission assume une grave responsabilité, en niant d'une façon absolue, l'action des substances toxiques sur l'organisme humain, en état hypnotique.

M. Dujardin-Beaumetz fait remarquer à M. Luys que son rapport est impersonnel et reproduit l'opinion de tous les membres de la Commission. Quant aux mesures de précautions qui ont été employées, elles se justifient d'elles-mêmes, puisqu'on se trouvait exclusivement en présence d'hystériques, c'est-à-dire de sujets enclins à la supercherie, à l'étrangeté, à la simulation.

M. Brouardel déclare qu'en médecine légale il n'est permis d'affirmer que ce qui est maintes fois démontré, que ce qui est admis par tout le monde. Or les faits rapportés par Luys. ne semblent pas emporter la conviction unanime. Dans ses expériences de contrôle, la Commission ne pouvait agir autrement, car la légitimité de sa méfiance ressort à la lecture des résultats consignés.

M Féreol remarque que M. Luys fait son programme avant de commencer ses expériences. A ce propos, M. Féréol raconte qu'il existe actuellement dans le service de M. Luys un sujet sur lequel il fait l'expérience du parapluie. Un parapluie est placé dans la main de ce sujet : aussitôt la main se contracture. M. Luys souffle alors, de très loin, sur la main de son sujet et le parapluie tombe. Or M. Luys fait communément répéter ses expériences par des personnes étrangères à son service ; c'est ainsi que l'interne de M. Féréol, appelé à reprendre cette expérience du parapluie, vit le parapluie tomber, mais en omettant intentionnellement de souffler, même légèrement.

M. Luys ne répondra pas à la question de M. Féréol, car elle est en dehors de la discussion actuelle ; il maintient que les phénomènes observés par la Commission ont été à peu près identiques dans toutes les séances et que les réactions varient avec les doses employées. A. Josias.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 27 juillet 1888. — Présidence de M. Siredey.

M. Fernet rapporte l'observation d'un malade de son service atteint d'une *néphrite chronique* dont la pathogénie est intéressante. Il y a un an, cet homme fut pris brusquement d'un violent mal de gorge avec état général grave, puis œdème des membres inférieurs et enfin anasarque généralisé. Les urines étaient foncées; il eut des épistaxis et de l'oppression. Actuellement il n'est pas encore guéri. Deux ouvriers qui travaillaient à côté de cet homme dans une fabrique de cols américains à Londres, présentèrent en même temps que lui les mêmes accidents. L'un mourut ; l'autre fut très long à se rétablir.

M. Ferrand a soigné un enfant de sept ans qui vers la fin d'une roséole fut atteint d'*oreillons sous maxillaires*. La tuméfaction augmenta rapidement et 15 jours après le début on dut inciser au niveau de la mâchoire, pour donner issue à une collection purulente qui s'était développée. Le pus renfermait des microcoques et n'aurait pas cultivé sur la gélatine.

M. Bucquoy admet bien là une infection mais ne saurait souscrire au diagnostic d'oreillons.

M. Moizard a traité deux malades atteints de *pneumothorax* avec infection secondaire d'origine pleurale, par de petites injections intrapleurales de solution iodo-iodurée (30 grammes de la solution suivante : teinture d'iode, alcool à 60°, solution de KI au dixième, *āā* 60 grammes). Il y eut douleur légère au moment de l'injection, puis amélioration rapide et persistante dans un des cas où la tuberculose était au début, passagère seulement dans le second cas.

M. Juhel-Rénoy a employé dans des circonstances semblables un procédé analogue ; il retirait la valeur d'une seringue de Pravaz du liquide épanché et la remplaçait par une même quantité d'une solution de chlorure de zinc au dixième. L'injection fut répétée plusieurs fois de la même façon.

M. Duponchel rapporte l'observation d'un soldat qu'il a observé au Val-de-Grâce. Cet homme mourut en 3 jours d'une *pachyméningite hémorrhagique*, qui s'était manifestée par un ictus apoplectique, avec contracture à droite, trépidation épileptoïde. A l'autopsie on trouva un épanchement intraarachnoïdien, abondant surtout au niveau de la pariétale ascendante. Le présentateur pense que ces cas pourraient être traités avec avantage par la trépanation ; on donnerait ainsi issue au sang qui détermine la mort par compression cérébrale. L. Capitan.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LIÈGE.

Séance du 3 août 1888. — Présidence de M. Collard.

Secrétaire général : M. Schiffers.

M. le Dr X. Francotte communique une *Observation d'un cas d'hémiatrophie de la langue, avec paralysie spastique des extrémités inférieures.* Le sujet de cette observation est une fille âgée de 17 ans. Elle présente une atrophie de la moitié gauche de la langue. atrophie qui date de la naissance. Il existe en outre une paralysie du droit externe du côté gauche et une parésie du facial du même côté. A l'âge de 12 ans, se sont manifestés les premiers symptômes de la paralysie spastique : le membre inférieur droit a été le premier atteint et un mois après, le membre gauche s'est également entrepris.

M. Francotte croit pouvoir rattacher ces différents symptômes à une lésion unique qui siégerait au niveau du bulbe, intéressant les deux pyramides, du moins dans la partie qui dessert les membres inférieurs (paralysie spastique) et s'étendant davantage à gauche, où elle entreprend l'hypoglosse (hémiatrophie linguale), l'oculomoteur externe (paralysie du droit externe), et intéressant légèrement le facial (parésie faciale). Dr V. Dewez.

REVUE DE CHIRURGIE

I. — Deux cas d'étranglement interne traités par la laparotomie; par F. Fraipont (*Annales de la Soc. Méd. Chir. de Liège*, 1888).

II. — Rétrécissements péniens compliqués de cowpérites suppurées Uréthrotomie interne; par Reliquet (Ext. de l'*Union méd.*, 1887).

III. — Guérison rapide de l'entorse et du diastasis par l'application méthodique de la belladone; par J. Abeille. — J.-B Baillière, 1888.

IV. Du chloroforme et de son administration, par le Dr E. Paul Bonnaur. — Delahaye, 1887.

I. — Tout le monde admet aujourd'hui que le traitement de l'obstruction intestinale varie suivant l'étiologie, certaines causes réclamant la laparotomie, d'autres l'anus contre nature. Malheureusement, le diagnostic est presque toujours incertain avant l'opération. Que faut-il faire dans ces cas douteux ? Les uns conseillent de pratiquer d'emblée la laparotomie, sauf à terminer par l'anus contre nature; les autres, au contraire, établissent de suite un anus contre nature, et font plus tard la laparotomie, s'il y a lieu. M. Fraipont cite deux observations dans lesquelles on a

pratiqué la laparotomie ; dans l'une, il fallut terminer par l'anus contre nature ; les deux malades guérirent. Nous ne dirons rien des observations qui sont très complexes. Signalons seulement de petits détails pouvant être utiles : l'emploi du thermo-cautère pour sectionner une bride péritonéale entre deux ligatures, le lavage du péritoine avec la solution de chlorure de sodium à 7 p. 100, bouillie et refroidie à 37°, la suture d'un long tube de caoutchouc dans le bout de l'intestin que l'on ouvre, afin de laisser couler les matières dans un vase sans souiller la plaie. M. Fraipont termine en conseillant de régler l'intervention dans les cas douteux, non d'après une règle invariable, mais d'après l'état du sujet au moment de l'opération. Si l'état général est bon, le milieu convenable, l'aide suffisante, faire la laparotomie. Dans les conditions opposées, pratiquer l'anus contre nature.

II. — La cowpérite suppurée, qu'il ne faut pas confondre avec les abcès urineux, peut compliquer les rétrécissements uréthraux, en donnant lieu à des accidents généraux très graves dus à l'infection de l'urèthre par le pus qui s'écoule des glandes enflammées. L'auteur conseille, dans ces cas, de pratiquer l'uréthrotomie interne qui permet d'évacuer les liquides infectants et de faire des lavages antiseptiques en arrière du rétrécissement. Chez deux malades dont il donne l'observation détaillée, cette pratique lui permit d'enrayer rapidement les accidents généraux sans qu'il ait eu besoin de recourir à l'incision périnéale qui n'est pas sans inconvénients.

III. — L'auteur cite plusieurs observations d'entorse dans lesquelles il a vu disparaître la douleur en quelques heures, grâce à l'application d'une pommade belladonnée (1 partie d'extrait pour 2 d'excipient). La pommade est appliquée toutes les heures, et on la recouvre d'une couche d'ouate mouillée et d'un taffetas ciré.

IV. — L'auteur nous donne en quelques pages la technique de la chloroformisation par le procédé des petites doses données d'une manière continue, sans intermittences. Il n'y a là aucun renseignement nouveau, mais c'est un bon résumé que liront avec profit les élèves qui sont chargés d'administrer le chloroforme dans les services de chirurgie. G. M.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la méningite tuberculeuse par l'iodoforme à l'intérieur.

Le nouveau journal, qui a pour titre *Revue spéciale de l'antisepsie*, publie dans son numéro du 25 juillet 1888, une très intéressante observation de M. G. Lemoine, agrégé, chargé du cours de thérapeutique à la Faculté de Lille. Il s'agit d'un cas de méningite tuberculeuse, chez une jeune fille de quinze ans, guérie par l'iodoforme à l'intérieur. Ce fait confirme les résultats obtenus dans la même maladie par les médecins suédois Moleschott, Nilson, Sonden, Varfringe, par les médecins allemands Bauer, Cesfeld, Lœvenfeld et enfin tout récemment par M. Daniel A. Brower, en Amérique. Mais dans tous ces cas recueillis à l'étranger, l'iodoforme avait été employé en onctions sur la tête. L'observation de M. G. Lemoine s'en distingue en ce que le médicament a été administré à l'intérieur.

Voici les conclusions de ce travail :

« Outre le fait de la guérison, il se dégage de cette observation d'autres faits qui ont leur importance, en ce moment où l'on attaque l'emploi de l'*iodoforme comme médicament interne*. Voilà une jeune fille qui en a pris 0.50 centigr. par jour et qui en prend encore depuis plus de trois mois sans jamais avoir été incommodée un seul instant par lui. Il n'a jamais déterminé chez elle ni troubles gastriques ni aucun autre phénomène d'intoxication, quel qu'il soit.

« Je me sers du reste couramment de l'iodoforme à l'intérieur, dans mon service de l'Asile de Bailleul, soit chez les tuberculeuses, soit chez des malades atteintes de fièvre typhoïde ou de diarrhées rebelles.

Je le donne toujours à la dose journalière de 0.50 ou 0.75 centigr. et jamais il n'a déterminé le moindre malaise. Je ne partage donc nullement l'opinion soutenue à la *Société de Thérapeutique*, par M. Dujardin-Beaumetz, quand il dit que l'iodoforme détermine vite de l'intolérance gastrique. Il y a des malades, comme celle dont je rapporte l'observation, auxquelles j'en ai fait prendre 0,50 centigr. par jour pendant deux ou trois mois sans qu'elles en aient été incommodées, et sans même qu'elles aient présenté les renvois insupportables dont parle M. Dujardin-Beaumetz.

« L'iodoforme me rend journellement des services contre certaines diarrhées, rebelles, chez les aliénées, qui sont dues vraisemblablement à de l'atonie de l'intestin et peut être à des ulcérations. Il desinfecte les selles et diminue rapidement leur nombre. Son action est la même contre les diarrhées des tuberculeux. Aucun de ces malades n'a jamais eu à se plaindre de ce médicament.

« On avait espéré autrefois trouver dans l'iodoforme un spécifique de la tuberculose, et comme on a été déçu dans cette espérance, on lui fait aujourd'hui son procès. D'après mes recherches, je crois qu'il n'a guère d'action que dans certains cas de tuberculose bien déterminés.

« C'est ainsi qu'il n'a jamais produit la moindre amélioration dans l'état des malades quand il s'agissait des formes vulgaires de tuberculose pulmonaire. Mais, en revanche, il produisit toujours une amélioration marquée chez des malades où la tuberculose abdominale et la diarrhée prédominaient. M. le professeur Leloir me disait récemment avoir obtenu un arrêt complet du processus chez un malade atteint de *granulie*; ce cas et celui que j'ai rapporté plus haut semblent donc prouver que si l'iodoforme n'est pas un spécifique, il peut cependant donner parfois des résultats presque inespérés. »

M. G. Lemoine a administré l'iodoforme en cachets de 0.25 centigr. chacun, deux chaque jour. Il n'est pas douteux que la forme capsulaire ne soit plus avantageuse ; les perles de Clertan, en particulier, où l'iodoforme est en solution dans l'éther, nous paraissent réaliser le mode d'administration le plus parfait. L'odeur de l'iodoforme est complétement évitée, les renvois qui suivent son ingestion sont à peine ou même pas sentis. Ce sont plutôt des renvois d'éther que les malades accusent. Enfin l'absorption du médicament et sa diffusion dans l'économie nous paraissent beaucoup plus assurées à l'aide de ce véhicule.

BIBLIOGRAPHIE

Entomologie appliquée à la médecine légale; par M. le Dr Yovanovitch. Thèse de Doctorat, Paris, 1888.

Voilà au moins une application pratique d'une des sciences que les cliniciens décorent dédaigneusement du titre de sciences accessoires. Qui jadis aurait cru que les fameux *Vers des Tombeaux* auraient pu un jour rendre de tels services aux médecins légistes ? Si les anciens avaient observé, décrit les insectes qu'ils rencontrèrent lors d'exhumations variées, aucun d'entr'eux, avant un modeste médecin de campagne, n'avait songé à appliquer la physiologie entomologique à la détermination de l'âge d'un cadavre enseveli. En effet, c'est Bergeret d'Arbois qui, par un trait indiscutable de génie, comprit le premier la valeur des faits sur lesquels récemment un savant vétérinaire, adonné aux études d'entomologie, M. Mégnin, a publié de si intéressants mémoires ; et c'est avec raison que l'auteur de la thèse que nous analysons insiste sur l'intérêt médico-légal des recherches de ce naturaliste bien connu. Voici les conclusions de ce travail où on trouvera bien figurées les principales espèces des travailleurs de la mort. L'époque approximative du décès d'un individu peut être indiquée par l'entomologie, de même que la saison pendant laquelle il a perdu la vie. Elle peut nous faire connaître si le cadavre est resté tout le temps à la même place ou a été transporté dans un autre lieu, si l'individu est resté exposé à l'air libre, après son décès, s'il a été de suite enterré, s'il a été ... S'il a succombé en ville et a été ensuite transporté à la campagne, s'il vient d'un pays lointain, etc. De plus une foule de circonstances moins importantes peuvent encore

être expliquées par les mœurs des insectes dits travailleurs de la mort, dont M. Yovanovitch a pris la peine d'écrire l'histoire ; à la fin de ce travail on trouvera de belles planches qui seront de la plus grande utilité pour la détermination des insectes en question, un tableau où sont indiqués par années les méfaits commis par les [illegible] des cadavres et un index bibliographique complet.

En résumé, il s'agit là d'une étude d'ensemble, résumant surtout les intéressantes et patientes recherches de M. Mégnin, que tout médecin instruit doit connaître. Il aurait mieux valu peut être qu'elle ait été entreprise par un zoologiste de profession ; mais, telle qu'elle est, elle rendra certainement service aux praticiens, qui à la campagne n'ont pas souvent sous la main un spécialiste de la compétence de M. Mégnin pour les aider de ses conseils. MARCEL BAUDOUIN.

VARIA

La maladie de l'empereur Frédéric III (*fin*) (1)

C'est à ce moment que Virchow fit sa communication à la Société de médecine berlinoise, pour répondre aux accusations de certains journaux anglais et allemands inspirés par Mackenzie qui rejetaient sur lui la responsabilité de l'opinion émise par le médecin anglais. « Je n'avais pas donné à ce dernier, dit Virchow, aucun prétexte pour prêter à mon diagnostic une étendue en dehors des mesures auxquelles il pouvait prétendre. Au reste, pendant tout ce temps, je n'ai jamais vu Mackenzie et je n'ai pas correspondu avec lui. Les parties enlevées semblent être exemptes de récidive et la marche de la maladie ne permet pas de dire que, même s'il y a cancer, les parties que j'ai examinées soient des fragments de ce cancer. Je ne crois pas devoir débattre ici la question de la possibilité de conclure à la nature de la néoplasie par l'examen de quelques parcelles. — J'ajoute que dans aucune des préparations de cancer du larynx que j'ai eues à examiner jusqu'ici, je n'ai jamais trouvé de productions verruqueuses indépendantes de ces cancers. Ce n'est point ma faute si cette autre partie affectée du larynx de son Altesse Impériale, dont il s'agit maintenant n'a pas été découverte plus tôt. Il s'est passé des mois pendant lesquels on n'a pas entendu parler d'aucune autre partie malade en dehors de celle qui a été opérée. Aussi ai-je pu croire que le pronostic serait beaucoup plus favorable que celui qui est malheureusement établi aujourd'hui ».

Bergmann qui était chargé de rendre compte à Bergmann de l'état du Kronprinz est tenu éloigné du malade par ordre de Mackenzie ; il ne peut donc faire que de rares examens. Mackenzie, dit le rapport, avait raconté à plusieurs personnes de la suite du prince qu'il mettait de plus en plus en doute l'existence d'un cancer ; car les excroissances qui s'étaient montrées il y a quinze jours étaient en voie de régression, et que la cicatrisation commençait à se produire sur toutes les parties.

A ce moment, l'état du malade était satisfaisant ; on constatait même une certaine amélioration. Il n'avait ni fatigue, ni douleur, ni toux, ni expectoration. Au dire de Mackenzie, il n'y avait plus aucun symptôme clinique du cancer. Mais quelques jours après Krause et Hovell constataient de l'hypérémie et un gonflement plus marqué de la paroi postérieure du larynx ainsi que la présence d'une petite ulcération sur le côté de la tumeur. Deux jours après, le 15 décembre, Mackenzie revenait à San Remo ; il rassurait l'entourage du prince en disant que la trachéotomie n'aurait pas lieu avant l'expiration du semestre. Bientôt, vers le 15 janvier, survinrent de la fièvre, des céphalalgies et un peu de dyspnée qui persistent jusqu'au dix-septième jour où le malade rend, dans les efforts de la toux, un fragment gangréneux qu'il avait pu voir pendant trois jours flotter dans le larynx. Ce fragment, dit Mackenzie, provenait précisément de l'endroit qui avait présenté une apparence si suspecte [illegible]. Le fragment fut envoyé à Virchow. « Dans la matinée du [illegible] janvier 1888, dit celui-ci, le docteur Wegner me remit une boîte avec une lettre du docteur Schrader, datée de San Remo, du 28 janvier. Le tout était accompagné d'un rapport du docteur Krause, daté du 17 janvier, sur un fragment de tissus expulsé ce même jour du larynx de S. A. I. le Kronprinz. Outre la pièce principale, le flacon renfermait deux autres fragments séparés, de consistance un peu plus dure que le premier. La masse principale ressemblait beaucoup à des morceaux de viandes insuffisamment mâchés qui après avoir été avalés sont souvent rejetés par les vomissements. Ce qui confirmait cette opinion, c'était la présence de petites particules jaunes et brunes, de structure végétale finement cellulaire et aussi l'existence, dans l'intérieur du fragment expectoré, d'un grand nombre de fibres élastiques. Prenant en considération que d'après les renseignements précis de Krause, la pièce avait été vue dans le larynx où elle se trouvait près du repli ventriculaire gauche et s'étendait de sa partie moyenne à sa partie antérieure, en pénétrant dans la glotte et même dans la partie antérieure de la corde vocale gauche, prenant, dis-je, tous ces faits en considération, on ne pouvait douter, à un examen ultérieur, que l'on était en présence d'un fragment (sequestre) qui s'était détaché spontanément de la surface interne du larynx et non d'un simple exsudat fibrineux. Cette masse avait 3 centimètres et demi de long ; à l'une de ses extrémités elle mesurait 1 centimètre de large, et à l'autre un demi-centimètre ; elle avait une épaisseur de 4 millimètres. Dans son diamètre longitudinal se trouvait une parcelle muqueuse semi-circulaire ; le reste de la surface était formé par les fibres longues et très serrées. Cette parcelle quoique ne présentant ni épithélium ni glandes provenait certainement de la surface libre de la muqueuse, car on pouvait constater au-dessous l'existence d'une fine couche de tissu conjonctif homogène avec un grand nombre de fibres élastiques. Plus bas, il y avait une couche épaisse formée par des tubes à contenu granuleux amorphe. C'était de cette couche que provenaient les fibres longues visibles à l'œil nu. Les tubes semblaient ne renfermer qu'une matière amorphe dans laquelle un examen plus minutieux faisait reconnaître de nombreux microcoques. On voyait aussi quelques dépôts de corpuscules clairs, nombreux mais petits et pareils à des cristaux. Ces couches de tubes et de fibres étaient formés par des fibres musculaires primitives, détruites par un processus nécrosique. Le fragment entier paraissait donc formé par une portion mortifiée, détachée de la surface du larynx et ayant une épaisseur de 4 millimètres en certains endroits. C'était le muscle thyro-aryténoïde qui semblait avoir fourni les fibres musculaires si nombreuses. Virchow ne put déterminer le processus morbide qui avait été la cause de la gangrène, ainsi que celui qui avait engendré la séparation et l'expulsion de la masse. Il n'y avait ni corpuscules de pus, ni cellules de granulation ; la plupart des parties examinées ne présentaient rien d'hétérogène. Dans le plus grand des deux fragments excisé de la masse principale par Krause pour s'assurer de leurs caractères macroscopiques, on pouvait voir, sur la coupe et même à l'œil nu une couche centrale blanche et une couche externe opaque et plus épaisse. Sur toutes les surfaces de section, on apercevait, au microscope des nids de cellules épidermoïdales qui étaient surtout fréquents dans les couches les plus étendues. La couche extérieure devait aussi être formée par les cellules épidermoïdales, car celles-ci ne pouvaient se trouver qu'ici, on les y distinguaient, en effet, en partie. Mais malgré ses recherches minutieuses, Virchow ne put trouver dans les couches profondes ni les cellules épidermoïdales, ni des nids isolés. Jamais on n'a constaté de cartilage dans aucune partie des fragments examinés.

Le Kronprinz avait exprimé le désir de connaître l'opinion de Mackenzie sur sa maladie. Celui-ci, dans une note datée du 12 février 1888, disait que les symptômes cliniques et l'examen histologique étaient en complète harmonie pour admettre l'existence d'une affection bénigne. Il ajoutait toutefois que bien qu'il fut possible, dans presque toutes les affections du larynx, de se former une opinion exacte sur la nature du mal, il y avait cependant des cas rares où l'évolution des symptômes pouvait seule permettre de déterminer les caractères de la maladie. Le cas de S. A. I. appartenait à cette dernière catégorie, et, dans l'état actuel de la science, Mackenzie ne pouvait affirmer qu'une seule chose : l'existence d'une inflammation interstitielle chronique du larynx avec périchondrite.

Le 30 janvier, il s'était déjà produit une amélioration considérable dans le côté gauche du larynx. Il est vrai que la tuméfaction avait augmenté de volume, mais elle était de

(1) Voir *Progrès médical*, nos [illegible], p. 72 et 101.

nature inflammatoire, disait Mackenzie, [illegible] nécessiterait bientôt la trachéotomie. [illegible] Kronprinz ce jour-là resta convaincu [illegible] empiré, au point de rendre bientôt [illegible] l'orifice glottique était [illegible] lait faire venir immédiatement [illegible] pas.

Le lendemain, [illegible] devien lrait nécessaire [illegible] pourrait alors s'en charger [illegible] qu'il n'interviendrait qu'en cas de [illegible] tendre ; au contraire, si la dyspnée [illegible] ment, on devait faire venir [illegible] occasion pour demander à examiner [illegible] jours au moins ; mais [illegible] tions et il ne put voir le Kronprinz [illegible] rer d'urgence, c'est-à-dire [illegible]

Dans le soir du [illegible] dit Mackenzie, qu [illegible] matin, on télégraphia [illegible] rendre auprès du Kronprinz pour faire [illegible] vers midi les médecins [illegible] Mackenzie dit que l'état du malade [illegible] ne pouvait attendre l'arrivée du professeur [illegible] mann [illegible] s'assurer que [illegible] l'air pénétrait encore dans les poumons [illegible] du [illegible] voix. Mackenzie [illegible] immédiatement la trachéotomie [illegible] lité. Quelques heures plus tard, la dyspnée [illegible] mentaient ; les [illegible] plus parler. Aussi, [illegible] larynx.

« L'augmentation [illegible] me décida à faire [illegible] tensive [illegible] conseillai [illegible] Dès que les [illegible] tomie au prince, mais Mackenzie [illegible] la trachéotomie [illegible] était dangereuse. Je lui répondis que [illegible] se fait en Angleterre, [illegible] de [illegible] malades, tant [illegible] la trachéotomie. [illegible] l'habitude de se servir [illegible] veuil, pour ne pas [illegible] voulais pas opérer [illegible] croyais [illegible] avis contraire [illegible] par Schrader. [illegible] possibilité pour [illegible] cours du sommeil [illegible] laisser endormir. [illegible] anesthésie ; il y [illegible] les respirations et le [illegible] fut lâché aux yeux [illegible] s'obtint rapidement [illegible] tenait à Krause le soin [illegible] devait m'assister pour l'opération [illegible] le pouls du malade et [illegible] hémostatiques [illegible] tout l'opéré fut [illegible] [illegible] entre les [illegible]

qui recouvre le corps thyroïde. Celui-ci descendait jusqu'à [illegible] de nombreuses veines dilatées. [illegible] par le procédé de Bose, car [illegible] la trachée au-dessous de [illegible] aussi, après avoir [illegible] et les sectionnai et [illegible] le corps thyroïde afin de découvrir la trachée [illegible] A ce moment [illegible] pâlit, les pupilles se dilatèrent [illegible] presque [illegible] l'anesthésie cessée, j'ouvris la trachée [illegible] cinquième anneau [illegible] tumeur dans la partie supérieure de la trachée [illegible] un tampon de [illegible] puis je tamponnai [illegible] autour de la canule, [illegible] L'opération et l'anesthésie [illegible] au réveil, le prince [illegible] [illegible] médecins [illegible]

Pendant les jours qui suivirent l'opération, l'état du prince fut satisfaisant ; il n'eut pas de fièvre et la respiration fut calme.

Le 12 février, on [illegible] la plaie [illegible] aspect excellent. Pendant les [illegible] plusieurs [illegible] abondant et [illegible] la présence du sang [illegible] la paroi postérieure [illegible] par la pression de la canule, [illegible] qu'il provenait [illegible] la tumeur [illegible] de remplacer la canule [illegible] les symptômes inquiétants [illegible] canule consiste [illegible] rigide et [illegible] horizontale peut [illegible] A la suite [illegible] le prince passe une meilleure [illegible] mais la sécrétion [illegible] des jours suivants. [illegible] s'est écoulé du [illegible] prétend que cet [illegible] qui avait changé [illegible] on ne devait [illegible] pas eu [illegible]

[illegible] de Strasbourg, qui [illegible] il voit le malade [illegible] qu'on a pro[illegible] des [illegible] ou [illegible] de Bergmann, [illegible]

[illegible] ; [illegible] Kussmaul, il pouvait exister [illegible] de péri[illegible] trachéale. Puis de [illegible] ne [illegible]

[illegible] Kussmaul, Waldeyer [illegible] la présence [illegible] du [illegible] de l'intérieur du [illegible]

Le [illegible] Frédéric III [illegible] Charlottenbourg. La [illegible] montre que l'[illegible] [illegible] du [illegible]

tique gauche avait augmenté de volume et on voyait une ulcération dans sa partie moyenne. Il n'était plus possible de voir l'intérieur du larynx. Il existait aussi de l'infiltration tout le long de la trachée, toutefois la partie comprise entre la canule et le sternum était encore saine. L'expectoration et les accès de toux n'avaient pas changé depuis San Remo. Le 29, il rendit un gros fragment de cartilage et les jours suivants quelques morceaux de tissus nécrosés. Huit jours plus tard, on pouvait constater que le long des parois latérales de la canule il y avait des végétations grises, très irrégulières. Le 8 avril, l'infiltration s'étend en profondeur. Le 12 avril, Mackenzie envoie le mot suivant à Bergmann : « Cher professeur von Bergmann, nous avons des difficultés avec la canule et je désirerais bien que vous veniez voir l'Empereur avec moi, *aussitôt que possible.* » — A son arrivée, Bergmann apprend que, malgré toutes les tentatives faites depuis le matin, Mackenzie n'a pu introduire la canule interne. La respiration de l'Empereur était très gênée, il suffoquait ; ses joues et ses lèvres étaient cyanosées, le tirage et le cornage effrayants. La plaie et l'orifice de la trachée étaient obstrués par des excroissances rouges et volumineuses. Après plusieurs essais, Bergmann réussit à se frayer avec les doigts un passage jusqu'à l'ouverture de la trachée et à la distendre à l'aide de crochets mousses, pendant que Mackenzie y introduisait la canule. Aussitôt après, la respiration devint facile. A la suite de cet accident, on nota de la fièvre, de la faiblesse et une augmentation des mouvements respiratoires. Le professeur Senator constate que l'Empereur est atteint de bronchite. Pour combattre la fièvre, on donne de l'antipyrine. Le 17 avril, le Dr Leyden prend part à la consultation, à laquelle assistent Mackenzie, Wegner, Krause, Hovell, Bergmann et Senator, et constate que les phénomènes bronchitiques ont beaucoup diminué depuis hier et que la fièvre a aussi perdu de son intensité. La température, qui était hier de 39°,5, est descendue à 38°,5.

La *Gazette nationale* dit que cette complication résulte de l'accident survenu la semaine dernière par suite de la fausse route de la canule ; les parties qui se sont détachées du larynx, au lieu de sortir par la canule sont descendues le long de cet appareil jusqu'aux bronches, où elles ont provoqué une inflammation (?). Le lendemain, la fièvre n'a pas cessé, la respiration est toujours assez difficile. La *Gazette de l'Allemagne du Nord* ajoute que « la canule a été enlevée la nuit dernière par le Dr Hovell et remplacée par une autre canule d'un diamètre plus grand. L'introduction de cet appareil n'a présenté aucune difficulté et n'a pas provoqué d'hémorrhagie. » L'examen des poumons auquel a procédé le professeur Leyden, a donné un résultat négatif. Le 20, la fièvre augmente d'intensité et la respiration devient moins facile ; l'état général est mauvais ; toutefois, au bout d'une quinzaine de jours, il redevient satisfaisant.

« Mackenzie, dit Bergmann, essaie d'expliquer tout changement défavorable dans l'état du malade, non par l'évolution naturelle et le progrès inévitable de l'affection, mais par la faute de ses collègues. C'est Gerhardt qui, par ses cautérisations, aurait produit la transformation en tumeur maligne du néoplasme de caractère primitivement bénin. Lorsque j'ai voulu appeler Gerhardt en novembre et en février, on me fit observer que cela ne se pouvait pas, car Gerhardt était la cause de la mauvaise tournure qu'avait prise la maladie. Bragmann en faisant une incision fâcheuse, Schrader en procédant maladroitement au changement de la canule et moi en choisissant un mauvais tube laryngien, nous avons tous amené l'expectoration sanguine et la lésion de la trachée. Enfin, le 12 avril, l'introduction forcée de la canule a provoqué l'apparition d'un grand ulcère en nappe du médiastin ! mais, à l'autopsie, on constatera que la muqueuse de la trachée, à l'endroit du frottement de la canule, ne présente pas de trace de cicatrice.

Les derniers jours de l'Empereur sont racontés par le Dr Barbeleden qui note, qu'après un arrêt de courte durée, la maladie reprend son cours fatal. Le 8 juin, le Dr Krause, qui remplace Hovell auprès de l'Empereur, constate la gêne de la déglutition ; on craint une perforation œsophagienne et, de plus, la chute des aliments dans la trachée. Le lendemain, devant Barbeleden, Leyden, Krause et Wegner, Mackenzie remplace le tube laryngien ordinaire par une canule de Tredelenburg (canule à tampon). L'état local s'aggrave dès le lendemain, la déglutition est difficile. On craint un rétrécissement de l'œsophage par compression, mais par le passage de la sonde qui pénètre facilement, on peut s'assurer du contraire. Du lundi 11 au vendredi 15 juin, le malade est nourri régulièrement par la sonde avec du bouillon, du lait condensé, de la crême, des œufs et de l'eau-de-vie. Le 12 juin, la gêne de la respiration augmente d'heure en heure, et, peu après, le 15 juin, à 11 h. 20 minutes du matin, l'Empereur succombe à la fièvre hectique et à la pneumonie due à l'aspiration des produits putrides.

Avant l'autopsie, le nouvel Empereur Guillaume II ordonne à Mackenzie et à Hovell de donner leur opinion sur la maladie de Frédéric III.

« Château de Friedrichskron, 16 juin 1888. C'est mon opinion que la maladie dont est mort l'empereur Frédéric III était un cancer. Le processus morbide commença probablement dans la profondeur des tissus et envahit les parties cartilagineuses du larynx de très bonne heure. La petite tumeur qui existait quand j'examinai l'Empereur défunt pour la première fois fut enlevée par moi au moyen de plusieurs opérations intra-laryngées. Quoique tous les fragments enlevés aient toujours été soumis à l'examen du professeur Virchow, celui-ci ne put y découvrir aucun signe de l'existence du cancer. Les examens de crachats faits au commencement de mars par le professeur Waldeyer montrent toutefois que le cancer existait alors. Mais dire si le mal était cancéreux à son début ou s'il prit un caractère malin quelques mois après sa première apparition, cela m'est impossible à certifier. La périchondrite et la carie des cartilages ont joué un rôle actif et important dans l'évolution de la maladie et ont largement contribués à rendre impossible une opinion décisive sur la nature du mal jusqu'à cette époque tout à fait récente. Morell-Mackenzie. »

Autant que mes observations depuis le mois d'août dernier me permettent d'avoir une opinion, je m'associe entièrement aux vues de Sir Morell-Mackenzie. T. Mark Hovell.

Le 16 juin, l'autopsie de l'empereur Frédéric est pratiquée par Morell-Mackenzie, Hovell, Wegner, Barbeleden, Leuthold, Bergmann, Bragmann, Virchow et Waldeyer. On confia à ces deux derniers le soin de faire les préparations histologiques. On constata *une destruction cancéreuse du larynx avec altération secondaire d'un gros ganglion lymphatique du côté gauche du cou, au-dessous de la plaie opératoire et avec formation d'un noyau cancéreux secondaire à droite du bord de cette plaie.* Le larynx avait été détruit par suppuration et offrait l'aspect d'une masse molle et flasque. Il ne restait presque plus de traces de sa charpente cartilagineuse. *L'œsophage était intact. Destruction gangréneuse de la partie supérieure de la trachée et des parties environnantes. Nombreuses bronches dilatées bronchectasie) avec contenu putride. Dans le voisinage, foyers purulents et gangreneux.*

Les poumons sont grisâtres ; ils remplissent presque complètement les plèvres et recouvrent le cœur. Dans le poumon gauche il existe une congestion hypostatique légère. A sa base, nombreuses bronches dilatées, entourées de caillots sanguins dans plusieurs endroits. A la coupe, on trouve de petits foyers hémorrhagiques ou remplis de pus ; ils sont plus abondants au niveau du bord antérieur où ils font saillie. Le poumon droit présente des lésions analogues ; le sommet est sain, mais la base et la face postérieure sont congestionnées ; on y rencontre aussi de nombreux foyers. Dans le médiastin antérieur existent des tissus graisseux et des ganglions rouges.

Voici le résultat de l'examen microscopique : 1° Le grand foyer à la base de l'épiglotte montre à sa surface une muqueuse encore intacte, recouverte d'épithélium cylindrique ; dans les parties profondes il existe une disposition alvéolaire avec contenu épidermoïdal. Les cellules de ces parties sont grandes et bien développées, mais elles ne sont pas disposées en couches concentriques ; 2° Le module cutané près du bord droit de la plaie est recouvert d'un épiderme intact, mais aminci. La production cancéreuse atteint presque sa surface. Elle est surtout développée en profondeur ; par places, il existe des « nids » de cellules concentriques. Entre les parties cancéreuses, il existe quelques tissus normaux à l'état sain, les glandes sudoripares, par exemple ; 3° Le ganglion de la moitié gauche du cou est

altéré à un très haut degré. Sa structure normale est profondément altérée ; il est constitué par un tissu alvéolaire lâche qui renferme des cellules épidermoïdales à grand noyau ; 4° Le contenu des bronches répond exactement à ce que le professeur Virchow a constaté le 19 mai, lors de son examen des crachats. Par places, il existe encore des accumulations de globules brillants de graisse semblables aux globules du lait ; 5° Dans les foyers pulmonaires on trouve de nombreux amas de globules purulents, mais pas de cellules cancéreuses. La structure alvéolaire normale est encore distincte. » D'épicrise besoin n'est pas, tel est la dernière phrase du rapport des médecins allemands.

Des faits que nous venons de raconter, il résulte que le diagnostic posé le 18 mai par Gerhardt, Wegner, Bergman, Schrader, Tobold et Lauer était exact, et que Mackenzie a commis une erreur dont les suites ont été graves en déclarant bénigne, la tumeur dont était atteint le Kronprinz. Si à un premier examen, le diagnostic pouvait rester incertain, la marche de la maladie devait cependant ne pas tarder à éclairer suffisamment notre confrère anglais sur la nature maligne du néoplasme. En effet, pourquoi n'a-t-il pas eu présent à l'esprit le passage suivant qu'il écrivait en 1871, dans son livre: *Growths in the Larynx,* London, p. 36 : « Les tumeurs bénignes et malignes du larynx ne sont pas toujours faciles à différencier; cependant les néoplasmes malins se caractérisent par l'absence de délimitation nette entre eux et les parties voisines, par la fréquence de l'ulcération, ainsi que par les antécédents et les symptômes constitutionels du malade. » Peut-on trouver une excuse dans les résultats de l'examen histologique ? Mackenzie nous répondra lui-même : « Dans les cas de tumeurs, lorsqu'il s'agit de déterminer si elles sont bénignes ou malignes, l'examen microscopique des fragments rejetés par l'expectoration ou enlevés pendant la vie, au moyen du laryngoscope, ne peut permettre un diagnostic différentiel. A ma connaissance, il existe plusieurs cas où le résultat du microscope témoignait d'une façon décisive en faveur du cancer, tandis que l'histoire clinique était d'un caractère tout à fait opposé et « *vice versa.* » Si les déclarations de Virchow ont pu laisser croire que rien dans l'examen histologique ne décélait la présence d'une tumeur maligne, nous verrons qu'un grand nombre de médecins compétents n'ont pas hésité à pencher vers l'opinion de leurs confrères allemands. Quant au traitement, il est évident que Mackenzie croyait se trouver en présence d'une tumeur bénigne, car lui-même n'a-t-il pas écrit dans son livre sur les maladies du larynx, à propos des tumeurs malignes (page 461 de la traduction française, 1882).

« *Traitement intra-laryngé.* Il est à peine besoin de faire remarquer que l'extirpation radicale d'une tumeur mal définie ne peut pas se pratiquer par cette méthode. »

Si maintenant l'on admet que Mackenzie connaissait la véritable nature de l'affection, on ne peut lui reprocher d'avoir agi autrement qu'il ne le conseille lui-même. En effet, ouvrons son traité des maladies du larynx à la page 462, au sujet de la thyrotomie dans les tumeurs malignes: « Les conséquences de l'opération par rapport à la fonction de l'organe ont toujours été défavorables ; et il est bien évident que les résultats de la thyreotomie ne sont point satisfaisants. » Quant à l'extirpation, voici ce qu'il en dit : « On pourra recourir à l'extirpation du larynx dans les cas où cette opération semblera praticable, mais il ne faudra l'entreprendre que sur la demande du malade et après lui avoir indiqué toute la portée de cette opération car, ajoute-t-il plus loin, l'extirpation est une opération dans laquelle, comme le fait remarquer le Dr Koch, l'habileté du chirurgien consiste à ne pas laisser le malade mourir dans ses mains... Pour nous résumer au point de vue du traitement, nous dirons que notre but, doit être de prolonger la vie lorsqu'il est possible de le faire et dans tous les cas d'adoucir l'agonie, lorsque le dénouement fatal approche. Si nous nous reportons aux considérations précédentes, nous verrons que la première de ces indications est remplie par la trachéotomie pratiquée avant que la constitution ne se soit altérée par la gêne de la respiration... »

Nous laissons encore à nos lecteurs le soin d'apprecier si le médecin s'est conformé à ses principes, car Mackenzie ne disait-il pas déjà au mois de novembre, que le néoplasme présentait l'aspect d'un cancer ? On ne peut toutefois reprocher à Mackenzie de s'être opposé à l'extirpation puisqu'il n'en est pas partisan, comme du reste un certain nombre de chirurgiens français qui se sont élevés contre cette opération (*Académie de méd.*, 22 novembre 1887).

Quant à savoir si les opérations intra-laryngées ont hâté l'évolution de la maladie, nous répondrons ce que nous disions dans notre article sur le cancer du larynx (1) : « En irritant par des essais d'extraction incomplète des tumeurs épithéliales, à évolution lente et sans tendance marquée à la généralisation, on augmenterait leur puissance d'envahissement et la rapidité de leur marche ; ils prendraient alors tous les caractères des tumeurs cancéreuses ordinaires. »

Il nous est difficile, à nous, Français, d'apprécier la conduite des médecins allemands. C'est à nos confrères de tous les pays de la juger.

J. BARATOUX.

L'affichage dans les urinoirs. — Immoralité repoussante. — Les chevaliers d'industrie.

Le journal *La Lanterne* a publié, il y a quelques jours, le très intéressant article suivant :

« A Londres, on voit dans les urinoirs une plaquette avec cette inscription : « *Prenez soin de vous rajuster avant de sortir.* » Sans doute, on veut ainsi rafraîchir la mémoire des amateurs de *gin* ou de *porter* qui pourraient commettre quelque incongruité choquante pour les yeux des *ladys*.

« A Paris, c'est tout autre chose; les vespasiennes semblent indiquer que toute la population est rongée par les plus abominables maladies. On y lit des pancartes de ce genre qui garnissent, en guise de tapisserie, les kiosques plus ou moins perfectionnés. *Guérison sans mercure de toutes les maladies vénériennes. Cabinet X... Traitement facile à suivre, même en voyage.* Ou bien encore le *Professeur J... Je défie quiconque de guérir aussi radicalement que moi, sans mercure*, toujours; et nous passons l'énumération des horreurs qui s'étalent à tous les yeux.

« Est-il digne d'une cité qui se respecte, de permettre un affichage aussi immonde? Le Parisien, dès la jeunesse, est ainsi familiarisé avec les tristes résultats de la débauche : étant encore enfant, sa curiosité est éveillée par les inscriptions malsaines.

« Quant à l'étranger qui vient à Paris s'amuser, comme on dit, il doit être singulièrement refroidi en pénétrant dans ces petits endroits, et il doit se dire que les plaisirs de notre capitale ne sont pas sans danger, puisque les médecins spéciaux s'affichent jusque dans les urinoirs. Mais ce ne sont là que les moindres inconvénients de ces exhibitions thérapeutiques. Si encore les médecins qui ne craignent pas de se faire une réclame nauséabonde, même au milieu des vapeurs ammoniacales, étaient des hommes sérieux, mus par le désir d'être utiles à leurs semblables et de déraciner dans la population parisienne les maladies vénériennes qui l'épuisent, on pourrait leur permettre, à la rigueur, cette triste publicité. Mais, hélas ! il n'en est rien. — La plupart de ces médecins d'urinoir, pour ne pas dire tous, sont des ratés de la médecine, qui exploitent tout bonnement la crédulité publique, en empruntant des titres qui ne leur appartiennent pas. Ils sont toujours *anciens internes des hôpitaux*, quand ils ne sont pas *six fois diplômés par les Facultés de France* ou même professeurs. D'où vient que les médecins sérieux, et il n'en manque pas, ne revendiquent pas leurs droits et ne peuvent pas poursuivre tous ces chevaliers d'industrie pour usurpation de titre. Il faut, à Paris, beaucoup de mérite et de labeur pour conquérir le titre d'*interne*, et il est bien triste de voir ce titre distingué traîné dans la boue, pour ne pas dire autre chose. — Ces professeurs rastaquouères, en s'affublant des titres, qu'ils n'ont pas [illegible] honorables membres du corps de l'internat des hôpitaux.

[illegible] les médecins ne veulent pas se charger de cette opération malpropre, il nous semble que [illegible] cette besogne. Il n'est pas besoin [illegible] que l'affichage dans les urinoirs est immoral et ne sert qu'à exploiter la crédulité publique. [illegible]

[illegible]

— Quelques mois d'exploitation sont nécessaires [illegible]

(1) *Progrès médical*, 1888, 9 juin, p. 442.

NOUVELLES

[illegible] et toxicologie institués à la suite du concours pour l'école de pharmacie de Paris, le premier restera en exercice pendant dix ans, le second pendant cinq ans. L'agrégé d'histoire naturelle institué pour l'école de pharmacie de Nancy restera en exercice pendant dix ans. L'agrégé de chimie et toxicologie institué pour l'école de pharmacie de Nancy restera en exercice pendant cinq ans. Des deux agrégés d'histoire naturelle institués près l'école de pharmacie de Paris, le premier restera en exercice pendant dix ans, le second pendant cinq ans. — Voici les sujets des thèses que les candidats pourront traiter à leur choix. — I. *Questions de physique* : 1° Actions chimiques des courants électriques ; 2° Densités de vapeurs : leurs variations ; 3° Actions chimiques de la lumière ; leurs applications. — II. *Questions de chimie et de toxicologie* : 1° Dissociation ; 2° Lois des doubles décompositions chimiques ; 3° Composés endothermiques et exothermiques ; 4° Principes albuminoïdes ; 5° Mercure et ses composés [illegible] ; 6° Empoisonnement par les alcaloïdes ; 7° Amides et nitriles ; 8° Phénols ; 9° Dérivés azoïques.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE MONTPELLIER. — M. [illegible], professeur, membre du Conseil général des Facultés, est nommé assesseur du directeur de ladite école.

ÉCOLE DES SCIENCES D'ALGER. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1888-89, de cours complémentaires : MM. LURIE, licencié ès-sciences, (minéralogie) ; MULLER, docteur ès-sciences, (chimie).

ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER. — M. MERZ, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à ladite École, est chargé, pendant l'année scolaire 1888-89, d'un cours de clinique obstétricale et gynécologie. — M. GUILLEMIN est maintenu, pour l'année scolaire 1888-89, dans les fonctions de suppléant des chaires de physique et de chimie, et chargé, à ce titre, d'un cours de physique.

ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE CAEN. — M. PAUCHON, docteur ès-sciences physiques, pharmacien de 1re classe, est nommé professeur de physique.

ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LIMOGES. — Un concours s'ouvrira, le 15 février 1889, à la Faculté de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'École de Limoges. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. *Faculté de médecine de Vienne.* M. le Dr PALTAUF est nommé privat-docent de médecine légale. — *Faculté de médecine de Berlin.* M. le Pr d'anatomie WALDEYER est nommé doyen pour 1888-89, et M. le Pr GERHARDT, un des adversaires ardents de Morell Mackenzie, vient d'être élu comme *rector magnificus* pour 1888-89, à la place de Du Bois-Reymond sortant, contre M. le Pr Virchow. — *Faculté de médecine de Chakoff.* M. le Dr POPOW est nommé privat-docent d'hygiène. — *Faculté de médecine de Cracovie.* M. le professeur de clinique chirurgicale RYDYGIER est nommé doyen pour 1888-89.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours pour les prix à décerner, en 1888, à MM. les élèves internes de quatrième année, en fonctions dans les hôpitaux et hospices.* — *Concours de Chirurgie et d'Accouchement.* L'ouverture de ce concours aura lieu le *lundi 3 décembre* 1888, à quatre heures, à l'hôpital de la Charité. Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre inclusivement. Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au secrétariat général avant le 15 octobre, dernier délai.

Concours de médecine. — L'ouverture de ce concours aura lieu le *lundi* [illegible] 1888, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre inclusivement. Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au secrétariat général avant le 15 octobre, dernier délai.

Règlement de ces deux concours (1). — *Art.* 121. A la fin de chaque année, au mois de décembre, il sera ouvert, pour les prix à décerner aux internes de quatrième année [illegible] deux concours distincts [illegible] : l'un sur la médecine, l'autre sur la chirurgie et les accouchements. Les candidats ne pourront se présenter qu'à un seul de ces deux concours. Le jury de chacun de ces deux concours se composera de cinq membres, savoir : Le jury du concours de médecine, quatre médecins et un chirurgien ; le jury du concours de chirurgie et d'accouchement, trois chirurgiens, un médecin et un accoucheur. Ces membres seront pris parmi les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux et hospices, en exercice ou honoraires, ainsi que du bureau central. Les épreuves de ces concours seront réglées ainsi qu'il suit : 1° un mémoire sur la médecine, ou de chirurgie, basé sur les observations recueillies dans les services pendant l'internat. Ce mémoire sera remis ouvert et devra être déposé au secrétariat général de l'administration, le 15 octobre au plus tard ; 2° une épreuve [illegible] sur un sujet de pathologie interne ou, s'il s'agit des chirurgiens et des accoucheurs, sur un sujet de pathologie externe. Il sera accordé à chaque candidat [illegible] minutes pour développer la question, après [illegible] minutes de réflexion ; 3° une composition écrite sur un sujet d'anatomie, de physiologie et de pathologie [illegible], pour laquelle [illegible] heures. Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit : Pour le mémoire, [illegible] — Pour l'épreuve [illegible], 20 points. — Pour la composition écrite, 30 points. (*Art.* 9). — [illegible] pour les prix [illegible] à la fin de chaque année, entre les internes de quatrième année en médecine et en chirurgie, comme il est dit à l'*art.* 121, [illegible]. Le premier prix consiste en une médaille d'or et une bourse de voyage, et le second prix en une médaille d'argent. Il est accordé des livres pour [illegible]. [illegible] — L'interne [illegible] en chirurgie [illegible] faculté [illegible] dans les hôpitaux. — [illegible] places [illegible]. — Toutefois, il [illegible] au service [illegible] choisi. Ils auront [illegible] bénéfice de leur bourse de voyage, [illegible]. — NOTA. A l'ouverture du concours [illegible], le Président du jury [illegible] les noms des candidats qui seront appelés à subir l'épreuve [illegible] dans cette séance.

Concours de prosectorat. — Le jury du concours qui s'est ouvert lundi dernier, 6 août 1888, à quatre heures, à l'amphithéâtre d'anatomie de Clamart, pour la nomination à une place de prosecteur des hôpitaux de Paris, se compose de MM. Tillaux, Horteloup, [illegible], Monod, Lancereaux et [illegible]. Les opérations du concours ont commencé par l'épreuve des pièces sèches. Les candidats ont à préparer [illegible] *chez l'homme.*

Clinique chirurgicale à l'hôpital Saint-Louis. — M. le Dr [illegible], remplaçant M. le Dr [illegible] à l'hôpital Saint-Louis, commencera ses leçons de clinique chirurgicale le samedi 11 août, à 9 heures 1/2. Il les continuera le samedi de chaque semaine pendant les mois d'août et de septembre.

HÔPITAUX DE MARSEILLE. — Un concours s'ouvrira, le 19 novembre 1888, pour [illegible]. Traitement 2.000 fr. la première année, [illegible] la 2e, [illegible] la 3e. Les médecins [illegible] doivent habiter dans l'hôpital et ne pas faire de clientèle en ville, et, de [illegible], sont obligés d'être célibataires ou veufs sans enfants. Cette dernière condition [illegible] des temps [illegible] ! — Le lundi [illegible] novembre 1888, à [illegible] heures, un concours pour une place de médecin-adjoint des hôpitaux, sera ouvert au même établissement. Le registre d'inscription [illegible].

CHOLÉRA DANS LES INDES. — [illegible]

COMITÉ CONSULTATIF DES ÉPIZOOTIES. — [illegible] en ce qui concerne les maladies, [illegible] de 1882 [illegible].

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION MÉDICALE [illegible]. — [illegible] Congrès [illegible] MM. [illegible] *Diagnostic* [illegible] — *Traitement des* [illegible]. — [illegible]

(1) Nous le reproduisons ici, car il y a [illegible] de modifications importantes dans ces deux concours.

rurgie : *Traitement des abcès des poumons et empyème* ;—*traitement du pied-bot* ; — En obstétrique : *De la mort du fœtus dans l'utérus et son traitement préventif* ; — *De la stérilité et de la dysménorrhée membraneuse*. — En médecine publique : *Législation sanitaire* ; — *Des maladies transmissibles à l'homme et aux animaux* : — *Drainage dans les grandes villes et les petites localités*, — En psychopathie : *Des rapports de l'aliénation mentale avec les fonctions sexuelles*. — En ophthalmologie : *Le traitement de la cataracte* [illegible]. — En otologie : *Des applications de la perforation de l'apophyse mastoïde* ;— *De la valeur des instruments appelés tympans artificiels* ; — En pédiatrie : *De la diphthérie et du traitement* [illegible] —En laryngologie : *Des hémorrhagies par le* [illegible] *du pharynx* : — *Traitement du rétrécissement des fosses nasales* ; — *Des abus des* [illegible] *locales dans les maladies du larynx*. *Rec. de Chir. et de Thér.* Les plus importantes de ces discussions seront l'objet d'une analyse.

DISPENSAIRES DE PARIS. — Dans sa séance du 25 juillet, le Conseil municipal de Paris, sur la proposition de M. Patenne, a voté la création d'un dispensaire pour enfants malades dans le XX° arrondissement.

EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1889. — La *Revue illustrée de photographie médicale* a pris l'initiative d'établir à l'Exposition universelle, qui doit s'ouvrir à Paris en 1889, une section destinée à contenir les instruments ou appareils que les médecins et fabricants voudront bien lui confier. Les demandes de renseignements doivent être adressées, dans le plus bref délai possible, à la maison Devaux [illegible], 85, rue Lafayette, à Paris, le publicateur de tous les détails relatifs à cette Exposition, ou aux bureaux de la Revue, 53, rue d'Hauteville, à Paris.

MALADIES EXPÉRIMENTALES. — Nous avons déjà dit que la mission Pasteur n'avait pas obtenu jusqu'ici un succès notable dans la destruction des lapins en Australie par le choléra des poules. L'*Australasian Medical Gazette* annonce qu'on essaye de lutter aujourd'hui contre ces animaux en leur donnant une autre maladie (*maladie de Watson*) importée d'Allemagne (*Sarcoptes* [illegible]). Les lapins meurent vite, par ce procédé, à condition d'avoir affaire à un climat humide. L'homme n'a rien à redouter. Les expériences, récemment entreprises, n'ont cependant pas réussi complètement.

NOMINATIONS. — Viennent d'être nommés membres du comité d'inspection et d'achats de livres pour les bibliothèques municipales : MM. les Drs ROSSE (Bourganeuf) et LAVOIX (Nogent-sur-Seine).

PRINCES MÉDECINS. — Un second prince de la maison de Bavière va exercer la médecine. On sait qu'il y a déjà un le prince Théodore de Bavière, qui a, depuis longtemps, acquis une certaine réputation. Le nouvel Esculape princier s'appelle Louis-Ferdinand de Bavière. En vertu d'une ordonnance ministérielle du 9 décembre 1859, il a été fait docteur en médecine tout en étant exempté de passer les derniers examens exigés des candidats ordinaires. Ce qu'on ignore généralement, c'est que la nouvelle impératrice d'Allemagne a également un proche parent qui exerce la profession de médecin. C'est le mari de sa propre tante, une princesse de Schleswig-Holstein.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VIII° ARRONDISSEMENT. — Une société médicale vient de se fonder dans le VIII° arrondissement de Paris. Son bureau pour l'année 1888 est constitué de la manière suivante : Président : M. le Dr Ferrand ; vice-président, MM. les docteurs [illegible] et [illegible] ; secrétaire général [illegible], M. le Dr [illegible] ; secrétaires annuels, MM. les Drs [illegible] ; trésorier, M. le Dr [illegible].

SUBVENTION AUX TRAVAUX SCIENTIFIQUES. — *Alimentation, physiologie* [illegible]. — La subvention de 10,000 fr. accordée à M. Marey, directeur du laboratoire physiologique du Parc-des-Princes, est portée à 12,000. Cette subvention est spécialement destinée à des études physiologiques ayant pour but de perfectionner l'éducation physique de l'homme, et d'améliorer les conditions de son travail.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr POUPART, de Bourneuf, mort en 1888. — M. le Dr MASSON (Étienne), de Montbéliard, mort le 29 juillet, à l'âge de 76 ans. — M. le Dr SAUVAGE, de Magny (Aube). — M. le Dr [illegible] KAY, de Prague, qui servit, avec le rang d'un [illegible] [illegible] au [illegible] [illegible] ; il avait [illegible] [illegible] à [illegible]. — M. le Dr H. J. [illegible], membre [illegible] de Londres et [illegible] de la [illegible] d'Angleterre, mort récemment à Londres. — M. le Dr N. G. P. GARNETT, professeur de [illegible] et de [illegible] au Collège médical National de Washington. Garnett était né en 1820 en Virginie et avait été reçu docteur en 1841 à l'Université de Pensylvanie. D'abord assistant chirurgien dans la marine américaine, il devint ensuite professeur à Washington. Il a été président de l'association médicale américaine. — M. le Dr L. DECAISNE, rédacteur scientifique de plusieurs journaux politiques, né en 1824, vient de succomber. On lui doit, entr'autres mémoires : *La machine à coudre et la santé des ouvrières*, in *Ann. d'Hygiène*, 1870, XXXIV ; — *Des eaux de puits en général et de celles de la ville de Beauvais en particulier*. Paris, 1874 ; — *Étiologie tellurique du choléra*, d'après les travaux de Pettenkofer, *Ann. d'Hygiène*. Paris, 1878, XLIX. Il est l'auteur, avec M. le Dr Gorecki, du *Dictionnaire élémentaire de médecine*. — La *Semaine médicale* annonce la mort de M. le Dr DLAUBY, professeur de médecine officielle à la Faculté de médecine de Vienne. — Les journaux allemands mentionnent le décès à Madère de M. le Dr LANGERHANS, ancien privat-docent d'anatomie à la Faculté de médecine de Fribourg.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard St-Germain.

SABOURIN (Ch.). — Recherches sur l'anatomie normale et pathologique de la glande biliaire de l'homme. 1 volume in-8° de 128 pages, avec 233 gravures. — Prix : 8 fr.

Rapport de la commission administrative de l'hôpital cantonal de Genève, pour l'année 1887. Brochure in-8° de 62 pages. — Genève, 1888. — Imprimerie centrale genevoise.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

GRUELL. — De l'hydrothérapie pendant la période menstruelle. Brochure in-8° de 16 pages.

NIEKOMM (M.). — Les bains de Heustrich (Oberland-Bernois). Moyens curatifs et indications. Brochure in-8° de 46 pages. — Berne, 1888. — Imprimerie K.-J. Wyss.

Librairie CARRÉ et Cie, 58, rue Saint-André-des-Arts.

HERING. — La curabilité de la phthisie du larynx et son traitement chirurgical. — Étude anatomo-pathologique et clinique. Traduit de l'allemand avec annotations par P. SCHIFFERS. Volume in-8 de 191 pages, avec 3 planches.

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

TRIPIER (A.). — Varices viscérales. Brochure in-8 de 16 pages.

Librairie G. MASSON, 120, boulev. St.-Germain.

PEYRAUD (H.). — L'immunité par les vaccins chimiques. — Prévention de la rage par le vaccin tanacétique ou le chloral. Brochure in-8 de 66 pages.

Librairie OLLIER-HENRY, 13, rue de l'Ecole-de-Médecine.

MINOVICI (M.-S.). — Étude médico-légale sur la mort subite à la suite de coups sur l'abdomen et le larynx. Physiologie, anatomie pathologique, médecine légale. Brochure in-8 de 124 pages.

MUNIER (H.). — Manuel du médecin auxiliaire. Volume in-32 de 113 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Amiens, 1888. — Kuypers.

PEREZ (N.). 12.894 ! — Tesis presentada para optar al grado de doctor en medicina y cirujia. Brochure in-8 de 115 pages. — Buenos-Aires, 1888. — « La Libreria Española ».

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VIII. N° 33. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 18 AOUT 1888.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Bichat. — M. le Dr **Félix TERRIER**.

Lobe du Foie flottant. Calcul de la vésicule biliaire. — Laparotomie exploratrice et Cholécystotomie. — Guérison.

Observation recueillie par **M. Marcel BAUDOUIN**, interne du service.

L'observation que nous rapportons ci-dessous nous paraît mériter l'attention à deux points de vue fort distincts : 1° Elle est un exemple de *lobe du foie flottant*, présentant à peu près les symptômes d'un rein mobile, lésion assez connue mais fort difficile à diagnostiquer sur le vivant. 2° En outre, il s'agit d'un cas de *calcul de la vésicule biliaire traité par la cholécystotomie* et reconnu seulement, de même que le lobe hépatique flottant, au cours d'une laparotomie exploratrice.

Les cas de cholécystotomie, quelles qu'aient été l'indication opératoire, les particularités de l'opération, le résultat obtenu (guérison, amélioration ou décès), ne sont pas encore très communs, surtout dans la littérature médicale française (1) ; comme, d'autre part, on est loin d'être fixé sur la valeur de cette opération toute récente, — une encore des plus nobles conquêtes chirurgicales que l'antisepsie ait jamais permise de faire ! — il nous paraît inutile de justifier par de plus amples développements la publication de l'histoire clinique détaillée de l'opérée de notre excellent maître.

Cette opération, en effet, n'a pas été pratiquée souvent, puisque M. Dénucé n'en cite que 43 cas bien avérés (opération type ou cholécystotomie intra-péritonéale), dont une seule publiée en français, mais faite à Strasbourg, par M. J. Bœckel. Ce cas serait donc le 4e publié dans la littérature française : Bœckel (1885), Terrillon (1886), Terrier (1888), Vincent (1888), et le 2e succès opératoire connu pour la France (Terrillon, Terrier).

De plus, la constatation directe de l'existence d'un lobe du foie flottant, le ventre étant ouvert, les réflexions que ne peut manquer de suggérer la recherche d'un moyen de remédier aux troubles qu'une telle lésion occasionne, ne sont-elles pas des plus dignes d'intérêt ? Aussi, nous tenons à remercier M. le Dr Terrier d'avoir bien voulu nous confier cette précieuse observation pour la faire connaître à nos lecteurs.

Observation. — T... (Mme P...) (Emilie), âgée de 52 ans, ménagère, entre le 27 mars 1888, salle Chassaignac, lit n° 29, à l'hôpital Bichat, service de M. le Dr Terrier.

Antécédents héréditaires. — Père : mort à 45 ans, des suites d'un accident. Mère : morte à 70 ans, ayant toujours joui d'une santé parfaite.

Antécédents personnels. — Pas de maladies dans l'enfance, sauf le tœnia. Réglée à 17 ans. Menstruation régulière, mais accompagnée chaque fois de souffrances assez vives. Mariée à 25 ans, cette femme a eu trois enfants : le 1er, à 25 ans ; le 2e, à 26 ans 1/2 ; le 3e, à 28 ans. Les grossesses ont été normales ; les accouchements et les suites de couches n'ont rien présenté de particulier.

Début de la maladie actuelle. — Depuis longtemps, cette femme accuse des troubles digestifs : digestions pénibles et constipation, phénomènes qui persistent encore.

Le 3 janvier 1888, la malade a dû s'aliter, par suite de *douleurs* très vives dans le ventre, surtout dans la fosse iliaque droite et l'hypochondre du même côté. Ces douleurs s'irradiaient dans les lombes et au creux épigastrique. On fit le diagnostic de péritonite localisée, à ce que raconte la malade (?). Le mieux apparut au bout de quelques jours.

Quatre semaines plus tard, nouvelle poussée analogue (péritonéale pense-t-on), avec douleurs aussi intenses. Un séjour au lit de plusieurs jours amène la cessation des accidents. La suite de l'histoire clinique de cette femme a montré qu'il s'agissait, non pas de poussées d'inflammation péritonéale, mais des *accès intermittents douloureux*, survenant lors de calculs biliaires ou bien encore lors de lobe du foie mobile. En réalité, lorsqu'on l'examina à l'hôpital, on rapporta ces phénomènes à un rein flottant. Après ces deux crises, la malade constate qu'elle ne peut plus marcher qu'avec difficulté et qu'elle éprouve alors dans le ventre une sensation de pesanteur très marquée. A ce moment, elle remarque qu'elle porte une *tumeur abdominale*, qui, jusqu'à ce jour, n'avait pas attiré son attention. *Jamais d'ictère* ni de *coliques hépatiques* typiques. Elle n'est plus réglée depuis 6 ans. Elle est envoyée à l'hôpital Bichat par M. le Dr Verchère.

Etat actuel le 4 mai 1888. — Bonne santé générale ; pas d'amaigrissement. Bon faciès. Pas de troubles digestifs notables, pas de vomissement, etc. Cependant l'appétit est peu marqué, les digestions difficiles.

La malade éprouve des *douleurs* qui ont les caractères suivants : elles siègent dans la région lombaire du côté droit, et dans l'hypochondre du même côté ; elles varient en intensité, suivant les conditions dans lesquelles se trouvent cette malade. Quand la malade est *couchée*, elles sont à peine appréciables : elles disparaissent presque par le séjour au lit prolongé. Elles augmentent pendant la station *assise* et se traduisent alors par une sensation de tiraillement dans les lombes. Dans la station *debout*, elles sont beaucoup plus marquées, deviennent vives quand la malade reste longtemps dans cette position ; elles s'accompagnent de pesanteur au bas du ventre. Pendant la *marche*, elles augmentent encore ; la malade, pour pouvoir marcher, est obligée, dit-elle, de tenir son ventre à pleines mains ; elle diminue ainsi l'intensité des tiraillements qu'elle ressent. — Actuellement, et depuis son séjour à l'hôpital, il n'y a pas de *crise douloureuse* spontanée, survenant sans cause, sans déplacement brusque de la malade, comme cela a eu lieu deux fois déjà. Pas de sensations anormales dans le reste du corps. — On peut palper le côté droit du ventre sans provoquer une douleur bien notable ; cependant quand on essaye d'imprimer des mouvements à la tumeur abdominale, quand on déprime assez fortement la paroi, on détermine un peu de douleur, surtout en un point situé près de l'ombilic

(1) Voir, pour la bibliographie *française* récente : *Tumeurs et calculs de la vésicule biliaire*, par M. Dénuce, thèse d'agrégation, Paris, 1886. — *Cholécystotomie* (un cas de), par Terrillon ; communication à l'*Académie de médecine*, séance du 7 décembre 1886. — *Cholécystotomie chez l'Enfant*, par Vincent ; in *Congrès français de Chirurgie*, 16 mars 1888, anal. in *Prog. méd.*, p. 238, 1er semestre 1888. — *Rapport sur le cas de cholécystotomie* de M. Terrillon, par Polaillon, in *Acad. de méd.*, séance du 14 février 1888. — M. Thiriar (*Clinique*, 9 août 1888) dit qu'un de ses internes a pu réunir jusqu'à aujourd'hui 72 cas de cholécystotomie ; mais son travail n'est pas encore terminé. En tous cas, voici encore quelques observations concernant la bibliographie *étrangère* récente : *Un cas de cholécystotomie*, par Novaro, in *Soc. Ital. de Chir.*, 4-7 avril 1887 ; anal. in *Sem. méd.*, 1887, p. 114, et *Rev. de Chir.*, 1887. — Knowsley Thornton Two cases of cholecystotomy, in *British medical Journal*, n° 1404, p. 1148, anal. in *Centralblatt fur Chirurgie*, n° 26, 1888. — Loreta. *Colecistotomia e colecistorafia invece della colecistectomia*, in *la Riforma medica*, 8 mars 1888. — Taylor (J.). *A case of cholecystotomy with remarks on the treatement of the imported calculus*, in *Brist. med. Journal*, janv. 1888. — Sendler. Un cas de cholécystotomie, in *Deut. Zeitsch. f. Chir.*, XXVI.

[illegible] plus volumi[illegible] assez souple [illegible]

A la [illegible] de la région [illegible]

[illegible]

[illegible] MM. [illegible]

[illegible]

Une petite [illegible] le temps dans l'intérieur de la vésicule. On la [illegible] par un gros drain en [illegible] jusqu'au [illegible] on fixe une épingle de nourrice stérilisée [illegible] complète l'opération par des sutures [illegible] de Florence [illegible] la partie [illegible] Pansement antiseptique [illegible] de l'opération, [illegible]

[illegible] — [illegible] de l'opération, le malade [illegible] température axillaire supérieure à [illegible]

Le [illegible] mai. — [illegible] R. 24.

Le [illegible] mai. — R[illegible] sauf [illegible] vomissements glaireux. Urine, 800 grammes. Champagne, eau de Seltz, glace. R. 23, P. [illegible] T. 37°.

Le [illegible] mai. — [illegible] en grande quantité et a imprégné la plus grande partie du pansement. — On [illegible] placé dans la vésicule. Urine, 800 grammes. Mêmes boissons. P. [illegible] R. 22. T. 37°,[illegible]

Le 11 mai. — Gaz par l'anus, [illegible] Urine, 700 grammes. Lavement borique. [illegible] P. [illegible] R. 22. T. 37°,[illegible]

Le 12 mai. — Pansement : pièces de pansement imprégnées de bile. *Erythème* [illegible] pourtour de la plaie [illegible] s'étendant à quelques centimètres. Ventre un peu [illegible] Eructations. Urine, 700 grammes. P. 94. R. 22, [illegible] s. 37°. Le pansement est refait à l'acide borique [illegible]

Le 13 mai. — Pansement. L'érythème a gagné en étendue, malgré le [illegible] de pansement. L'écoulement de bile est [illegible] Pansement à l'acide borique. On enlève les [illegible] Pansement tous les jours depuis le 14 mai.

Le 18 mai. — L'érythème existe encore, mais diminue. En quelques points, excoriations. Pansement avec de la vaseline [illegible]

Le 21 mai. — Il n'y a que le pourtour de la plaie qui soit encore un peu rouge. On enlève les crins de Florence (sutures [illegible] la vésicule à la peau. La bile [illegible] toujours [illegible]

Le [illegible] — On enlève les crins de Florence qui réunissent la vésicule à la peau. La [illegible] n'a pas beaucoup diminuée de [illegible] de bile.

Le [illegible] — La malade souffre beaucoup depuis hier du [illegible] La bile sort toujours en grande abondance.

Le [illegible] — [illegible] ont diminué. La bile sort toujours en grande quantité. [illegible] un peu d'érythème.

Le [illegible] — [illegible] d'érythème. La bile sort un [illegible] se rétrécit peu à peu.

Le [illegible] — [illegible] mais la [illegible] Très bon état général ; [illegible] mais les douleurs sont très peu intenses.

Le [illegible] — Elle [illegible] sur sa demande, avec une petite fistule biliaire [illegible] admettre un stylet.

Le [illegible] — La malade revient voir M. Terrier. Depuis l'opération elle ne ressent plus de douleur vive, elle n'a plus [illegible] analogues à celles qu'elle présentait [illegible] Elle porte la ceinture [illegible] malgré cela, pendant la [illegible] de pression abdominale [illegible] de même après un [illegible] L'état général est [illegible] la constipation. [illegible] il reste seulement [illegible] un petit bourgeon charnu [illegible] duquel existe un [illegible] un peu de bile. [illegible] se trouve à [illegible] légèrement oblique [illegible]

[illegible] la tumeur qui [illegible] d'un rein [illegible] qu'il s'agit d'un [illegible] facilement compte, en

palpant avec attention la région, que le rein n'a rien à voir avec cette tumeur. En effet, si appliquant une main dans la région lombaire, on place l'autre sur la paroi abdominale, après avoir soulevé et relevé un peu le lobe hépatique flottant, si l'on exerce avec cette même main une pression modérée sur les parties qu'elle recouvre, on sent manifestement l'extrémité inférieure du rein droit, en place ; et si l'on accentue la pression, on a la sensation de quelque chose qui fuit sous les doigts : c'est *le rein qui remonte un peu dans sa loge celluleuse*. — D'autre part, à la percussion de l'hypochondre droit, on trouve que le foie est volumineux, et qu'il y a un léger *abaissement de la limite supérieure de la matité hépatique*. Celle-ci en effet ne commence dans le décubitus dorsal qu'à trois travers de doigt au-dessus du rebord des fausses côtes, sur la ligne verticale passant par le mamelon, c'est-à-dire au niveau du sixième espace intercostal droit.

La lobe flottant a des dimensions telles qu'on note 26 cent. de l'appendice xiphoïde à son extrémité inférieure, un peu douloureuse à la pression, qu'il dépasse de 17 cent. le rebord des fausses côtes sur la ligne mammillaire. Il a une largeur d'environ 12 cent. à sa partie moyenne, qui correspond à une ligne horizontale, passant par les 12es côtes.— Il y a 18 cent. de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite et l'extrémité inférieure de ce lobe hépatique se termine, (sur cette ligne, à 10 cent. du nombril. Le reste du ventre est souple. — Rien à noter dans les autres organes.

On touche au thermocautère le pertuis par où sort la bile.

En résumé, dans ce cas, le diagnostic complet aurait dû être le suivant : 1° *Lobe du foie flottant* s'accompagnant de tiraillements dans l'hypochondre, d'intensité variable suivant la position de la malade. 2° *Calcul de la vésicule biliaire*. Les crises douloureuses signalées au début de l'observation se rapportent-elles au calcul ou au lobe mobile ? C'est un point que nous n'essayerons pas d'éclaircir ; remarquons cependant que, depuis l'ablation de son calcul, cette femme n'a pas présenté de crises analogues, et que la sensation de tiraillements a diminué tellement que la malade l'accuse à peine de l'empêcher de vaquer à ses travaux ordinaires.

Quant à l'erreur de diagnostic, elle s'explique d'elle-même. Aucun signe, à notre avis, ne pouvait faire soupçonner l'existence d'un calcul dans la vésicule ; d'autant plus que la tumeur abdominale concentrait toute l'attention, qu'elle ne ressemblait en rien à une vésicule biliaire malade, et que les crises douloureuses n'avaient aucun caractère spécial. Seule, la douleur à la pression au voisinage de l'ombilic, siège de la vésicule, aurait dû peut-être y faire songer.

Evidemment, si avant l'opération on avait cherché à reconnaître la place occupée par le rein droit de la même manière que cela a été pratiqué lors du dernier examen de la malade, on se serait dit avec raison que l'on n'avait probablement pas affaire à un rein mobile, puisque ledit organe se trouvait dans sa situation normale ; l'on aurait peut-être alors songé à un lobe flottant du foie ou tout au moins à une tumeur hépatique. Mais, il faut bien l'avouer, cliniquement on n'est arrivé à bien sentir le rein, à affirmer qu'il était à sa place, que parce qu'on l'a recherché avec le plus grand soin, que parce qu'on savait péremptoirement que la tumeur abdominale n'avait rien à voir avec cette glande. Quoi qu'il en soit, on devra désormais, dans les faits analogues, rechercher, à la façon de M. Terrier, si l'organe rénal est ou n'est pas en ectopie. Les résultats fournis par ce mode d'exploration seront loin d'être à dédaigner.

Tous les auteurs ont insisté sur les erreurs de diagnostic qui ont eu lieu à propos de ces déformations du foie ; non seulement on a pris le lobe hépatique flottant pour un rein mobile, mais aussi pour une tumeur du foie, un kyste hydatique de cette glande, et même une tumeur de l'ovaire (voir *Dict. Encycl. des Sc. Méd.*, article *Foie*, path. gén.).

Qu'on lise les plus récentes observations publiées, même celles qui datent d'hier, celles où l'on est intervenu chirurgicalement pour essayer de soulager les personnes atteintes de cette lésion, on verra que des chirurgiens comme Langenbuch, etc., ont hésité longtemps..., et même parfois jusqu'à l'ouverture du ventre, émettant l'avis de tumeur de l'épiploon, du rein, du pancréas, des ganglions lymphatiques, etc.

Nous ne dirons rien de l'*intervention chirurgicale* à laquelle s'est résolu notre maître, ni du manuel opératoire qu'il a suivi. Pendant le cours même de l'opération, un des chirurgiens qui l'assistait, lui ayant demandé s'il ferait la cholécystectomie, M. Terrier répondit que, dans ces cas au moins, il croyait la cholécystotomie préférable. La suite des événements a montré qu'il n'a pas eu à se repentir de sa détermination. Nous nous bornons à cette remarque, n'ayant point l'intention de comparer ici toutes les opérations récemment proposées à l'étranger : cholécystotomie ordinaire (en un ou deux temps), cholécystotomie idéale ou à sutures perdues, cholécystotomie avec (1) ou sans ligature du canal cystique, la cholécystectomie, la cholécystentérostomie en un (2) ou plusieurs temps (Nussbaum et Winiwater), la cholélithotripsie, etc., etc. (3).

En ce qui concerne la cure radicale du lobe flottant du foie, M. Terrier croit rationnelle la méthode qui consisterait à suturer la tumeur mobile à la paroi abdominale ou *Hépatorrhaphie*. D'ailleurs, cette opération a déjà été faite à l'étranger par deux chirurgiens (Billroth, Tscherning) qui paraissent l'avoir tentée chacun de leur côté. Nous renvoyons le lecteur aux deux mémoires publiés par les docteurs Ritter von Hacker (de Vienne), assistant du Pr Billroth (4), et E. A. Tscherning (de Copenhague) (5) ; ils y trouveront des remarques intéressantes sur les indications de cette nouvelle opération, absolument comparable à l'hystérorrhaphie et qui paraît être aussi bénigne qu'elle, quand elle est faite dans les conditions d'asepsie voulues.

Récemment, Langenbuch (de Berlin), encore plus audacieux, a été plus radical encore ; et, pour des raisons qu'on trouvera exposées dans une note insérée au commencement de cette année dans un des principaux journaux hebdomadaires allemands (6), il a proposé et exécuté avec succès une *résection* d'un lobe du foie flottant. C'est, dit-il, la première fois qu'on enlève un si volumineux morceau (350 grammes) du foie humain ! Où s'arrêtera-t-on dans cette voie (7) ?

(1) Zielewicz. — *Cholecystotomie mit Unterbindung des Ductus cysticus*, in *Centralbl. f. Chir.*, 31 mars 1888, n° 13.

(2) Kappeler. — *Die Einzeitige Cholecystenterostomie*, in *Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte*, n° 17, 1887 ; anal. in *Centr. f. Chir.*, 1888.

(3) Voir Courvoisier. — *Über die Chirurgie der Gallenwege* ; in *Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte*, n° 3, 1er fév. 1888.

(4) Hacker. — *Wiener med. Wochenschrift*, nos 14 et 15, 1886.

(5) Tscherning. — *Beweglicher Schnürlappen der Leber durch Laparatomie fixirt* ; in *Centralbl. f. Chir.*, 9 juin 1888, n° 23.

(6) Langenbuch. — *Ein Fall von Resection eines linkseitigen Schnürlappens der Leber, Heilung* ; in *Berliner Klinische Wochenschrift*, n° 3, 16 janvier 1888.

(7) Ces lignes étaient écrites et imprimées quand nous avons eu connaissance du [illegible] suivant, qui présente le plus grand intérêt [illegible] existence [illegible] mentionnés [illegible] RIEDEL [illegible] — *[illegible]* in *Berl. Klin. Wochenschr.*, 16 et 23 juillet 1888.

CLINIQUE NERVEUSE

L'hallucination dans ses rapports avec la fonction du langage ; — les hallucinations psycho-motrices ;

Par **J. SEGLAS**, médecin-suppléant de la Salpêtrière.

L'hallucination est un des phénomènes psychiques qui depuis longtemps ont le plus attiré l'attention des aliénistes et des psychologues. Mais pour l'avoir beaucoup étudié, on n'en est pas moins encore loin de s'entendre sur sa nature, son siège ou ses causes. Sans rappeler les innombrables théories formulées à ce propos, nous pensons qu'en somme on peut les réduire à quatre : 1° la théorie périphérique ou sensorielle ; 2° la théorie psychique ; 3° la théorie psycho-sensorielle ; 4° celle qui attribue l'hallucination aux centres perceptifs corticaux.

Cette dernière qui repose sur les données les plus récentes de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie cérébrales est, à notre avis, celle qui donne le mieux la clef du symptôme hallucination en général (1). Mais, en outre, elle nous permet de pousser plus avant l'étude de ce curieux phénomène et nous semble éclairer certains points restés obscurs de la psychologie morbide. C'est un de ces points là, peu étudié encore, que nous nous proposons d'examiner aujourd'hui : l'hallucination dans ses rapports avec la fonction du langage.

Cette question qui, au premier abord, paraît n'être que celle des hallucinations de l'ouïe, n'y touche au contraire que par un seul côté, comme nous le verrons tout à l'heure. Mais avant d'aborder ce sujet et pour en faciliter l'étude, qu'on nous permette de résumer brièvement le mécanisme de la fonction du langage. Rappelons d'abord que le mot n'est que l'auxiliaire de l'idée qui peut exister sans lui et se forme d'ordinaire sans le mot ou avant le mot. Cette idée n'est qu'une association de souvenirs ou d'images résultant d'impressions sensorielles qu'on peut localiser dans les centres perceptifs communs, auditif, visuel, etc... et qui peuvent se réveiller l'une l'autre.

De même que l'idée, le mot n'est qu'un complexus, constitué par l'association de quatre espèces d'images, mais qui sont alors spécialisées, et, d'un autre côté, ne peuvent réveiller l'idée d'un objet qu'autant qu'une opération cérébrale supérieure les associe aux différentes images, auditive, visuelle, etc... de cet objet. Les images associées, constitutives du mot, sont au nombre de quatre : auditive, visuelle, motrice d'articulation et motrice graphique. Ce sont ces images, qui pendant la réflexion, servent à donner un corps à notre pensée, en se présentant à notre esprit plus ou moins vives suivant nos aptitudes personnelles ; si bien, que suivant la prédominance de telle ou telle d'entre elles, nous sommes des auditifs, des visuels ou des moteurs. Entre ces opérations, et celles qui nous font communiquer avec nos semblables, il n'y a qu'une différence, c'est que les premières sont des phénomènes intérieurs (langage intérieur) et que les secondes supposent une excitation extérieure ou un acte réel. Dans les deux cas ce sont les mêmes centres qui entrent en jeu. A l'état ordinaire, les images du langage intérieur sont faibles et demandent une certaine observation, mais en d'autres circonstances et, c'est là le sujet de notre étude, leur intensité peut augmenter jusqu'à atteindre celle des images du langage extérieur, amenant ainsi une véritable hallucination.

Cela dit, abordons maintenant l'étude de ces hallucinations. « C'est par l'oreille, a dit N. Gueneau de Mussy, que nous recueillons les notions les plus importantes et les plus nombreuses. » Cette pensée, si vraie à l'état physiologique, peut nous expliquer facilement dans les cas pathologiques, chez les aliénés par exemple, l'importance et la fréquence des hallucinations de l'ouïe. Mais toutes n'offrent pas, au point de vue clinique comme au point de vue psychologique, le même caractère et il importe de les distinguer attentivement, car il y en a de simples et de complexes.

Les plus simples sont celles qui ne consistent qu'en des bruits confus, que le malade traduit par des onomatopées pch... ps... ou des sons mieux déterminés qu'il rattache, à un objet quelconque, ce sera : le son d'une cloche, le bruit du canon, le sifflement des balles, etc... Dans les cas plus complexes, ce sont de véritables voix qui se font entendre. Or, ce sont là des phénomènes assez différents si l'on veut bien se rapporter aux quelques considérations que nous avons précédemment exposées. Dans le premier cas, en effet, l'hallucination s'adresse seulement à une idée en intéressant une ou plusieurs de ses images constitutives. Prenons, par exemple, l'hallucination du son d'une cloche. L'idée d'une cloche s'est formée de la façon suivante. — Une cloche a résonné à notre oreille. Les vibrations transmises par le nerf sensoriel jusqu'à l'écorce cérébrale dans la partie qui est destinée à percevoir les sons et les bruits, c'est-à-dire le centre auditif commun, s'emmagasinent dans les cellules de ce centre qui sont, dès ce moment, fonctionnellement différenciées. Mais à côté de cet image auditive qui seule ne pourrait donner que la sensation ou le souvenir d'un son, il faut pour compléter l'idée de la cloche, l'association d'autres images sensorielles, visuelle, tactile, etc. Toutes ces images, une fois associées, pourront se réveiller réciproquement en produisant toujours désormais l'idée de cloche.

Par suite, si au lieu d'une impression extérieure, nous avons affaire au trouble fonctionnel tout intime qui constitue l'hallucination, que se passera-t-il ? Alors (pour ne parler que des hallucinations de l'ouïe) le trouble pathologique peut n'intéresser que des cellules différenciées au point de vue de l'image auditive, mais cette image n'ayant pas été associée à d'autres images sensorielles et ne pouvant par suite réveiller une idée, nous aurons seulement affaire, dans ce cas, par l'extériorisation de l'image à des hallucinations très simples, élémentaires, reproduisant des bruits plus ou moins distincts que le malade ne reproduit qu'en les imitant, qu'il ne rattache à l'idée d'aucun objet ou qu'il ne juge tout au plus que par comparaison.

Si au contraire ces images de sons ou de bruits ont été primitivement associées à d'autres images sensorielles pour constituer une idée, sous l'influence du processus hallucinatoire qui intéresse l'une d'elles, cette idée reparait à nouveau et c'est ainsi que le réveil de certaines images auditives chez un halluciné pourra par association, lui donner l'idée qu'il entend le glas d'une cloche.

Mais dans ces deux cas le trouble fonctionnel n'intéresse que les cellules du centre auditif commun destinées à la perception des sons, les images qu'elles donnent associées ou non à d'autres images, pouvant ou non

(1) Tamburini. — La théorie des hallucinations. *Revue scientifique*, 29 janvier 1881.

réveiller une idée, mais une idée seule, nous appellerons ces hallucinations des hallucinations auditives simples.

Si nous continuons à étudier les hallucinations plus complexes, celles où le malade entend des voix, nous voyons intervenir un autre élément et c'est alors que s'établissent les rapports de l'hallucination avec la fonction du langage. Prenons ces hallucinations dans leur forme la plus simple, celle où elles se réduisent à un mot, le mécanisme étant d'ailleurs le même quand il s'agit d'une phrase entière.

Nous avons vu que le mot était formé de quatre images, localisées dans certains centres spéciaux. Qu'un de ces centres devienne le siège du trouble fonctionnel qui produit l'hallucination, l'image qui y est emmagasinée devient suffisamment vive pour s'extérioriser et est perçue alors dans les mêmes conditions que si elle avait été produite par une excitation extérieure. Dans le cas particulier qui nous occupe, c'est le centre auditif des mots qui entre en jeu et donnera au malade l'hallucination auditive du mot. C'est *l'hallucination verbale auditive*.

Mais ce n'est pas tout. Au premier abord on pourrait croire que c'est par l'oreille seule qu'un halluciné peut percevoir les mots ou les phrases. Sans doute, c'est le cas le plus fréquent; mais il ne faut pas oublier que le langage intérieur comprend quatre images constitutives du mot sous lesquelles nous pouvons nous le représenter. L'image auditive est la plus fréquente et la plupart d'entre nous sont naturellement des auditifs : il en est probablement de même des aliénés chez lesquels l'hallucination de l'ouïe surtout verbale est aussi la plus fréquente. D'ailleurs il ne faut pas oublier que si on n'est pas auditif, on peut le devenir par l'exercice : et l'aliéné lui-même nous en donne une preuve. Car dans les formes chroniques de la folie ou l'hallucination de l'ouïe prédomine, dans le délire des persécutions, par exemple, le malade au bout d'un certain temps est devenu tellement auditif qu'il ne peut penser sans entendre formulée nettement à son oreille sa propre pensée. C'est là le phénomène de l'écho de la pensée. Parmi les images du langage intérieur, l'auditive est alors devenue tellement vive qu'elle s'extériorise sous forme d'hallucination, reproduisant la pensée intime du malade.

Bien que cela soit moins fréquent, les autres images du mot peuvent, tout comme l'image auditive, s'extérioriser sous forme d'hallucinations. Nous sortons alors du domaine des hallucinations de l'ouïe, mais en revanche nous empiétons sur celui des hallucinations de la vue. Nous pourrions en effet répéter pour celles-ci ce que nous avons dit pour les hallucinations de l'ouïe et distinguer d'abord des hallucinations visuelles simples : lumières, couleurs, et des hallucinations d'objets, produits par l'extériorisation d'images emmagasinées dans le centre visuel commun et associées ou non entre elles pour pouvoir constituer et reproduire, ou non, une idée ; puis des hallucinations visuelles plus complexes, intéressant la fonction langage en s'adressant au centre visuel des mots. Il peut arriver, en effet (bien que cela soit, croyons-nous, assez rare), que certains hallucinés voient apparaitre, devant leurs yeux, des mots écrits qu'ils peuvent lire. C'est ainsi qu'une dame à laquelle j'ai donné mes soins, pour un accès de mélancolie anxieuse, avec craintes religieuses, idées de damnation, hallucination de divers sens, voyait quelquefois des mots écrits sur le mur, par exemple les mots « *maudite* » ou *damnée* ». Un malade que j'ai observé jadis à Bicêtre voyait dans l'espace des mots écrits en lettres de feu. Une autre voit très souvent des lettres noires sur un fond couleur de feu. Le Mané, Thecel, Pharès du festin de Balthazar n'est qu'une hallucination visuelle de ce genre. Qu'est-il arrivé dans ces cas? C'est que c'est le centre visuel du mot qui est le siège du processus hallucinatoire, lequel donne aux images une intensité telle qu'elles peuvent s'extérioriser sous le même aspect que si le malade avait devant lui à lire les mots écrits par un agent extérieur. Nous pouvons donc dire que s'il y a des hallucinations verbales auditives, il y a aussi des *hallucinations verbales visuelles*.

Mais il nous reste encore deux images du mot, d'une nature bien différente, les images motrices. L'hallucination peut-elle intéresser cette partie de la fonction du langage? C'est là le point que nous allons examiner maintenant. Mais auparavant une courte digression est nécessaire.

Il est des malades qui disent qu'une voix leur parle, mais qui cependant ne perçoivent aucun son. Ils entendent la pensée, le langage de la pensée ; c'est une conversation toute intérieure. Ce phénomène particulier dont on trouve de nombreux exemples dans les livres de théologie a été longtemps confondu avec les hallucinations de l'ouïe. C'est M. Baillarger qui a distingué nettement ces faits des hallucinations ordinaires et en a fait une classe d'hallucinations à part, les hallucinations psychiques. Si la dénomination a été adoptée généralement, l'entente est loin d'être faite sur la nature de ce phénomène : la majorité se rangeant à l'opinion de M. Baillarger, d'autres n'admettant pas que ce soit une hallucination, d'autres encore n'y voyant qu'une variété d'hallucinations auditives, psycho-sensorielles comme les autres. Enfin quelques écrivains, pour expliquer ces faits particuliers, font intervenir un nouveau facteur, la fonction du langage. C'est ainsi que M. Ed. Fournié (1) voit là une hallucination de la fonction langage et M. Max Simon (2) une impulsion de cette même fonction. C'est dans cette voie, pensons-nous, qu'il faut chercher l'explication de l'hallucination psychique; cependant notre opinion diffère un peu de celle des médecins que nous venons de citer. Pour nous, en effet, l'hallucination psychique est une véritable hallucination au même titre que les hallucinations psycho-sensorielles. Mais elle en diffère par sa nature même : c'est surtout une hallucination psycho-motrice, intéressant la fonction du langage dans ses éléments psycho-moteurs. C'est ce que nous allons essayer de démontrer.

Parmi les éléments constitutifs du langage intérieur figurent les représentations mentales des mouvements d'articulation. Assez souvent effacées chez certains individus aux dépens des images auditives et visuelles, chez d'autres, au contraire, elles deviennent prépondérantes (Montaigne, Maine de Biran, Bana. Stricker), et les individus pendant la réflexion parlent alors mentalement leur pensée au lieu de la lire ou de l'entendre. Si la représentation mentale est plus vive, il arrive qu'au lieu d'une parole intérieure, la pensée soit *articulée* à voix plus ou moins haute. « Chez moi, dit M. Ballet (3), comme chez la plupart des moteurs, quand je pense, la parole intérieure devient souvent assez vive pour que j'arrive à prononcer à voix basse les mots que dit mon langage intérieur. C'est là notre forme d'images vives,

(1) Ed. Fournié. — Physiologie du système nerveux, 1872, p. 818.

(2) Max Simon. — *Lyon médical*, 1880, n[os] 48 et 49, et le *Monde des rêves*, 2[e] édit., Paris, 1888, p. 106.

(3) G. Ballet. — *Le langage intérieur*. Paris, 1886, p. 52.

à nous moteurs ». Il peut même arriver que la pensée soit formulée à voix haute comme chez les personnes qui *parlent toutes seules?* L'image motrice d'articulation peut donc devenir assez vive pour provoquer l'articulation même du mot, passant ainsi du langage intérieur au langage extérieur.

Les personnes familiarisées avec l'étude de la psychologie morbide ont toutes vu de ces malades, obsédés par un mot qu'ils finissent par projeter au dehors. Quoiqu'il y ait là en plus une lésion de la volonté qui caractérise le terrain pathologique, n'est-ce pas toujours un phénomène du même genre : le mot s'impose à l'esprit d'un aboulique, l'image motrice qui y correspond finit au bout d'un certain temps par acquérir une intensité telle que le mot est articulé.

Mais nous n'en sommes pas encore à l'hallucination complète ; car si l'image motrice est devenue assez vive pour se traduire au dehors par un mouvement, le sujet reconnait toujours qu'il s'agit là d'un phénomène subjectif. C'est dans l'ordre moteur un fait comparable aux hallucinations des sens dites avec conscience et compatibles avec la raison. Encore un pas et le même phénomène perdra pour le malade tout caractère de subjectivité. Nous entrons alors de plein pied dans le domaine des hallucinations dites psychiques. Prenons d'abord les cas les plus complets. (*A suivre*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La Clinique ophthalmologique de l'Hospice National des Quinze-Vingts.

Dans le numéro du 4 août, nous avons annoncé la mort de M. le Dr Fieuzal décédé le 31 juillet. Dans une note qui accompagnait l'article nécrologique, nous manifestions le désir que la place laissée vacante par ce décès prématuré fût mise au *concours*. Nous nous proposions de revenir sur cette question; nous n'avons pu le faire dans le dernier numéro, et dix jours après la mort du titulaire les journaux nous apprennent que la Clinique ophthalmologique aura deux médecins titulaires, M. Abadie, notre ami et collaborateur, et M. Trousseau qui était déjà médecin-adjoint de la clinique. Il y aura de plus deux médecins suppléants, MM. les Drs Valude, et Chevallereau. Chacun d'eux aura par semaine alternativement trois jours de consultations et trois jours d'opérations. D'après le *Temps* du 13 août les médecins de l'hospice des Quinze-Vingts continueront à donner des soins à leurs clients personnels, *mais ne conserveront pas leur clinique particulière.*

La note du *Temps* a une allure officieuse. Les nominations sont-elles faites, c'est ce que nous ignorons. En tout cas nous en avons cherché jusqu'ici en vain la confirmation dans le *Journal Officiel*. Si tout est fini, nous le regrettons, non pas au point de vue des personnes, mais au point de vue des principes, car il y avait là une excellente occasion de les appliquer en mettant la place vacante et les places créées au *concours*.

La clinique des Quinze-Vingts, telle qu'elle était organisée, avait été l'objet de nombreuses critiques. On y vendait des médicaments : cette vente a été interdite à la suite des plaintes justifiées des pharmaciens. Des malades aisés ou riches venaient s'y faire soigner gratuitement au grand préjudice des finances de l'Etat; pour éviter ces abus il a été décidé, dit-on, que, à l'avenir, les malades devront produire non-seulement un certificat d'indigence, mais aussi une feuille d'imposition délivrée par le percepteur de la localité et constatant qu'ils n'ont pas les moyens de se faire soigner à leurs frais. On ne peut qu'applaudir à ces mesures, mais il y a encore autre chose à faire.

D'après le budget du Ministère de l'Intérieur, duquel dépend l'hospice national des Quinze-Vingts, le personnel administratif et médical de l'hospice et de la clinique est ainsi composé :

	Hospice.	Clinique	Total.
1 Directeur	8.000	1.000	9.000
1 Receveur	5.000	500	5.500
1 Secrétaire	4.500	500	5.000
1 Économe	3.500	500	4.000
1 Commis	2.400	300	2.700
1 Commis auxiliaire	1.500	»	1.500
1 Architecte	1.000	»	1.000
1 Aumônier	2.400	»	2.400
1 Médecin en chef	2.000	1.000	3.000
1 Médecin adjoint	»	1.000	1.000
1 Médecin délégué	2.000	»	2.000
1 Médecin dentiste	300	300	600
1 Pharmacien	»	1.000	1.000
1 Chef de clinique	»	4.000	4.000
1 Chef de laboratoire	»	1.000	1.000
4 Élèves internes	»	1.600	1.600
1 Élève externe	»	400	400
5 Sœurs surveillantes	800	200	1.000
	33.400	13.300	46.700
27 Préposés et gens de service ayant occasionné une dépense totale de	8.210	3.700	11.910
	41.610	17.000	
	58.610		58.610

Comme on le voit par ce tableau, la clinique des Quinze-Vingts est largement pourvue. Où trouvera-t-on le traitement du nouveau médecin en chef et des deux médecins suppléants? Le médecin-adjoint, M. Trousseau, recevait 1.000 fr.; on peut trouver le complément 2.000 fr. en supprimant le médecin délégué (?); mais il restera toujours à se procurer le traitement des deux médecins suppléants. La commission du budget a-t-elle été consultée, c'est ce qu'on ne dit pas.

Les remarques que nous faisons au sujet du mode de nomination des chefs de service — titulaire ou suppléants — nous les faisons également en ce qui concerne les quatre élèves internes et l'élève externe. Nous osons penser qu'il conviendrait de les recruter parmi les internes et les externes des hôpitaux et non pas à la faveur ou par un concours illusoire qui ressemble à une mauvaise plaisanterie, si nous en croyons les renseignements qui nous été donnés. En résumé, la Clinique ophthalmologique des Quinze-Vingts aurait besoin — puisqu'on veut la maintenir — d'une réorganisation complète, qui pourrait d'ailleurs se faire plus économiquement. Il est étrange, par exemple, de voir le chef de clinique des Quinze-Vingts nommé DIRECTEMENT avoir un traitement de 4.000 fr. (QUATRE MILLE FRANCS), tandis que les chefs de clinique de la Faculté de médecine, nommés au concours, et parmi eux celui de la clinique ophthalmologique, ne reçoivent que 1.200 fr. (DOUZE CENTS FRANCS).

Le clinicat des femmes dans les Facultés de médecine.

Nos lecteurs n'ont pas oublié l'opinion du *Progrès* relative à l'exercice de la médecine par les femmes. Nous estimons toujours qu'en raison des fatigues incessantes de jour et de nuit qu'exige la pratique de la médecine, cette profession n'est pas de celles que doivent préférer les femmes, en raison même de leurs conditions physiologiques. Mais, partisan de la liberté professionnelle, nous ne voyons aucun motif sérieux de s'opposer à ce qu'elles étudient et pratiquent la médecine à leurs risques et périls, tant au point de vue physique qu'au point de vue social. Dès lors qu'on permettait aux femmes d'étudier la médecine et de se faire recevoir doctoresses, il allait de soi qu'elles devaient avoir tous les droits des étudiants en médecine, c'est-à-dire être admises au concours de l'externat et de l'internat comme étudiantes, et prendre part à tous les concours auxquels sont admis les docteurs en médecine.

L'administration de l'Assistance publique, après des polémiques très vives dans la presse médicale et politique, a reconnu ce droit et a autorisé les étudiantes à concourir pour l'externat et l'internat, et ultérieurement ce droit sera reconnu, s'il y a lieu, pour les places de chefs de service dans les hôpitaux. Il paraît qu'au Ministère de l'Instruction publique on n'est pas disposé à se montrer aussi libéral ou plutôt aussi juste. M. Goblet étant ministre de l'Instruction publique, aurait décidé 15 mars 1886 d'exclure les candidats du sexe féminin de tous les concours du clinicat. M[lle] Mesnard (de Bordeaux), doctoresse, a voulu savoir si le ministre actuel de l'instruction publique se montrerait plus équitable. Le 4 juin dernier, le recteur de l'académie de Bordeaux lui a déclaré que M. Lockroy ne voulait pas revenir sur la décision du 15 mars 1886. Il serait bien difficile de donner des motifs sérieux à l'appui d'une telle mesure, inspirée bien plutôt par les préjugés catholiques, que par un véritable sentiment des principes et des institutions modernes (1).

(1) Ces renseignements sont [illegible] *[illegible] des femmes*, dirigé par M[me] [illegible], n° 3, page 18[illegible].

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. *Comité technique de santé.* — Sont nommés. Membres [illegible] : M. le [illegible] inspecteur Dujardin ; [illegible] Gaujot ; le [illegible] inspecteur [illegible]. [illegible] : Le général de brigade [illegible] ; [illegible] principaux : Kelsch, N[illegible].

SOCIÉTÉ D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE BORDEAUX. — [illegible] Société décernera, en 1889, un prix de [illegible] travail qui lui sera présenté sur une [illegible]. [illegible] chaque année [illegible] et une médaille de bronze aux deux meilleures [illegible] devant la Faculté de médecine de Bordeaux [illegible].

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. *[illegible] du Val-de-Grâce.* — [illegible] service de santé militaire. [illegible]

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS INTERNATIONAL D'OPHTHALMOLOGIE A HEIDELBERG.

Ainsi que nous l'avions annoncé dans notre n° du 28 juillet dernier, le septième *Congrès international d'ophthalmologie* s'est ouvert le 8 août dans la grande salle de l'Université d'Heidelberg. [illegible] Tous ont reçu de la part du Comité d'organisation le plus bienveillant accueil.

[illegible]

[illegible]

[illegible]

interne dans les mouvements latéraux associés dans les mouvements convergents accommodatifs. Il croit à l'existence de deux centres différents pour la production de chacun de ces deux ordres de mouvements et il cite des faits cliniques à l'appui de sa thèse : on voit en effet des cas de suppression des mouvements associés de latéralité avec conservation des mouvements convergents accommodatifs ; on voit également le contraire.

MM. LANDOLT et SAMELSSOHN rappellent quelques observations qui confirment l'hypothèse formulée par M. Graefe.

M. LANDOLT donne lecture de son rapport sur le *strabisme non paralytique*. L'absence de la vision binoculaire et de l'accommodation prédispose à cette affection. Parmi les causes déterminantes, la principale tient à la connexité entre la convergence et l'accommodation. En second lieu, on trouve l'incongruence de la rétine et du système moteur et protecteur oculaire; en troisième lieu l'écartement excessif et la difformité des orbites et des yeux, l'insertion vicieuse, le défaut de longueur et de force des muscles moteurs. Enfin l'auteur désigne comme causes centrales les altérations de convergence et de divergence observées dans l'asthénopie musculaire neurasthénique, dans l'hystérie, dans l'ataxie locomotrice et dans d'autres affections du système nerveux central. Si le strabisme est récent, on pourra le traiter par les exercices stéréoscopiques indiqués par M. Javal. Dans le strabisme convergent d'origine accommodative, le repos des yeux, les mydriatiques, les verres convexes sont indiqués avant tout. La ténotomie est indiquée lorsque les muscles antagonistes sont puissants. M. Landolt rejette l'emploi des sutures qui renforcent l'effet de la ténotomie; il préconise au contraire la ténotomie modérée qui augmente l'action du muscle antagoniste sans diminuer notablement celle du muscle détaché. Si les muscles, et surtout celui qui agit en sens inverse du strabisme, sont affaiblis, l'avancement musculaire est préférable à la ténotomie. Dans les cas de strabisme élevé, l'avancement doit être combiné avec la ténotomie de l'antagoniste. De Wecker augmente l'effet de cette dernière par l'avancement de la capsule de Tenon. Toute opération sur les muscles oculaires doit être accompagnée d'un traitement orthoptique destiné à compléter son effet. Dans le strabisme divergent réel, la médication pacifique ne donne pas d'aussi bons résultats que dans le strabisme convergent : il faut opérer plus tôt et plus souvent. On pratiquera la ténotomie seule dans les faibles degrés du strabisme, lorsque les muscles sont normaux. L'avancement des droits internes sera indiqué lorsque ces derniers se trouvent affaiblis. Enfin on combinera l'avancement et la ténotomie dans les hauts degrés du strabisme. Les différences de niveau des yeux, le strabisme supérieur et inférieur, accompagnent souvent les degrés élevés des déviations latérales et disparaissent avec la guérison de ces dernières. Parfois le strabisme vertical est, au contraire, dû à une opération trop énergique du strabisme horizontal. Quand le strabisme vertical est de date ancienne et d'un degré élevé, l'opération ne saurait être évitée.

M. REYMOND (de Turin), co-rapporteur, fait un exposé de l'*étiologie du strabisme*. Il rappelle les théories de Donders, de Secondi et d'André.

M. DE WECKER croit que c'est moins au déplacement du tendon qu'à celui de la capsule qu'on doit attacher de l'importance. — M. SCHWEIGER dit que la vision binoculaire existe même chez les strabiques : on n'a, pour s'en convaincre, qu'à ramener en place l'œil déplacé : cette épreuve se fait en employant la cocaïne. — M. JAVAL nie l'existence de cette vision binoculaire dans les strabiques, lesquels ne peuvent posséder que la vision simultanée. — M. KNAPP explique pourquoi il préfère l'avancement capsulaire à la ténotomie.

M. STILLING (de Strasbourg) étudie les *rapports de la réfraction avec la conformation crânienne*. Quand la voûte orbitaire est basse, les muscles oculaires, et surtout l'oblique supérieur compriment le globe de l'œil et tendent à augmenter sa longueur ; de là la myopie. En Alsace, où M. Stilling a fait de nombreuses mensurations, il a vu que le groupe des individus à visage étroit comprenait plus de myopes que celui des individus à visage large. — M. SCHMIDT-RIMPLER (de Marbourg) croit que le développement de l'orbite peut être consécutif à celui de l'œil et qu'il n'y a pas de loi à établir. — M. WEISS a souvent constaté, dans ses recherches sur l'anatomie de l'orbite, l'exactitude de l'opinion de M. Stilling.

M. DUFOUR (de Lausanne) demande à M. Javal si, sous l'influence de la pression sanguine et de l'activité cardiaque, il y a modification dans le *rapport entre l'astigmatisme total et l'astigmatisme cornéen*, si la courbure de la cornée varie.

M. JAVAL a constaté des changements rythmiques du rayon synchrone avec le pouls radial : il n'a d'ailleurs que peu d'expériences sur ce sujet. Il indique ensuite les rapports entre l'astigmatisme cornéen et l'astigmatisme cristallinien, puis le mécanisme de la correction.

Séance du 9 août.

M. GAYET (de Lyon) donne lecture de son rapport sur le *traitement de la cataracte*. La cataracte ne peut être guérie que par une opération. Trois espèces d'opérations lui sont applicables. *a*) La discision, convenable pour la cataracte molle et dont le domaine se restreint à mesure que l'extraction se perfectionne ; *b*) l'abaissement et la réclinaison dont les indications sont presque nulles ; *c*) l'extraction, qui constitue sans contredit la méthode générale. L'extraction dans l'état actuel de la science doit se pratiquer hors de la capsule. Les essais d'extraction du cristallin avec sa capsule sont scientifiques, parce qu'ils tendent à un idéal auquel nous avons le droit de prétendre. L'extraction nécessite une ouverture de la coque oculaire, dans la région qui correspond à la chambre antérieure. Le choix de la position de la plaie ne saurait être absolu, partout il y a des avantages et partout des inconvénients ; cependant le limbe cornéen nous semble préférable. La plaie la meilleure nous semble être celle à lambeau. Sa grandeur doit être proportionnée au volume présumé de la cataracte et à sa réductibilité. Une plaie petite est détestable, une plaie trop grande n'a pas d'inconvénient sérieux. En principe l'iridectomie n'est pas nécessaire, elle est rarement utile; elle ne doit pas être autant que possible un incident opératoire, et si on la fait, elle doit être prévue d'avance. La discision de la capsule doit être faite en même temps que l'incision cornéenne et avec le couteau ; dans les cataractes ordinaires l'ablation d'un lambeau de capsule à la pince est préférable pour les cataractes extra mûres. L'expulsion du cristallin s'exécute par les pressions combinées de la pince fixatrice et de la curette. Pour extraire la suite de la cataracte, il faut éviter d'introduire dans la chambre antérieure aucun instrument. Le lavage à grande eau au moyen d'un jet dardé sur la plaie et tourbillonnant dans la chambre suffit, en l'alternant avec le massage, pour entraîner tous les débris entrainables et rendre la pupille pure. Peut-être faut-il songer à la suture de la plaie cornéale. Toutes les manœuvres précitées sont rendues faciles et inoffensives par l'emploi de la cocaïne, sûres dans leurs résultats par celui de l'asepsie. L'atropine et l'ésérine n'ont pas d'indications et de contre indications absolues; ce sont d'excellentes armes dans des mains habiles. L'enclavement de l'iris est l'accident de la méthode que nous préconisons, les autres sont presque réduits à rien. L'enclavement reconnaît trois causes : *a*) des spasmes ; *b*) une tension réflexe glaucomateuse; *c*) le gonflement des débris. On pare aux premiers par des soins méticuleux ; aux troisièmes par les soins opératoires ; quant à la seconde il nous est impossible de la prévoir, il est probable que la restitution ad intégrum des parties est le meilleur moyen de la prévenir. L'opacification de la capsule restante est une complication fréquente et toujours à redouter. Les opérations secondaires sont toujours pleines d'incertitudes et de dangers.

M. SCHWEIGGER (de Berlin), co-rapporteur, fait l'*historique des procédés opératoires*. Il prétend qu'on ne saurait comparer, en se servant des statistiques d'autrefois, la méthode de Daviel et celle de de Græfe. L'emploi de l'antisepsie et l'usage de la cocaïne ont profondément modifié les résultats obtenus anciennement. M. Schweigger cite 168 cas personnels d'opération sans iridectomie, avec antisepsie et cocaïne, sur lesquels il n'a rencontré aucun insuccès. Il rejette l'iridectomie comme dangereuse pour la vision.

M. DE WECKER (de Paris) croit que ce qui a popularisé l'opération de von Græfe, c'est qu'elle était rendue facile par

l'emploi des instruments. M. de Wecker emploie l'ésérine qui prévient les complications glaucomateuses, mais il rejette l'atropine. — M. JACOBSON se sert d'instruments en or.

M. CRITCHETT (de Londres) rappelle les résultats obtenus par son père dans l'emploi des deux méthodes (iridectomie et non iridectomie). Il croit que celle-ci est plus sûre.

M. GALEZOWSKY (de Paris) montre qu'on peut donner *quelque linéarité à la plaie de la cornée* et se rapprocher ainsi de la méthode de de Græfe. Pour éviter la hernie, il ne faut jamais employer d'atropine et il faut laisser l'œil pendant six jours sans le regarder. M. Galezowski signale son pansement à la gélatine.

M. LAQUEUR dit qu'il faut *éviter l'abus de la cocaïne* qui prédispose au glaucome et au collapsus. — M. CHIBRET rejette *l'emploi des injections intraoculaires*. La cocaïne ralentit la sécrétion de l'humeur aqueuse : elle diminue ainsi le tonus de l'œil. M. Chibret signale l'inutilité du lit après l'opération de la cataracte. — M. A. GRÆFE n'est pas d'avis qu'on doive proscrire *l'usage de l'atropine*.

M. KNAPP rappelle que sur 179 cas d'extraction, il a dû faire 25 fois l'iridectomie et qu'il a eu 25 succès. Il faut suivre le conseil de de Græfe pour la fabrication du lambeau.

M. JESSOP (de Londres) étudie *l'action physiologique des muscles intraoculaires* (pupillaires et ciliaires). Comme les muscles de l'intestin et des vaisseaux, ces muscles ont deux sortes de nerfs, des constricteurs et des dilatateurs. L'atropine paralyse les premiers ; l'ésérine a une action inverse. — M. COCCIUS (de Leipzig) indique le *rôle du tenseur de la choroïde*.

M. DE WECKER a enlevé 25 fois la *glande lacrymale* d'après un procédé qu'il décrit et qui lui a donné des résultats satisfaisants. Il croit que des deux glandes lacrymales, la palpébrale sert peut être à pleurer et l'orbitaire à lubréfier. Quand on enlève la glande palpébrale, on oblitère le conduit de la glande orbitaire qui dès lors s'atrophie.

M. EVERSBUSCH (d'Erlangen), qui a pratiqué 50 fois la destruction des voies lacrymales, ne croit pas à l'atrophie par oblitération signalée par M. de Wecker.

M COHN (de Breslau) signale toutes les difficultés qu'il y a à *photographier le fond de l'œil*. M. HAWE (de Buffalo) déclare au contraire que cette photographie est relativement facile. M. KNAPP a obtenu des clichés instantanés avec des plaques très sensibles.

M. CRAINICEAU (de Bukarest) étudie *la myopie dans les écoles primaires*. Il voudrait que le Congrès fixât un mode d'examen uniforme ; il montre que la maladie s'accroît de classe à classe.

M. DÜRR (de Hannover) mentionne *cinq cas de mégalophtalmie, avec examen anatomo-pathologique*. Le cristallin est seul à ne pas prendre part à l'hypertrophie.

Séance du 10 août 1888.

M. PRIESTLEY SMITH (de Birmingham) lit son rapport sur le *glaucome*. Le glaucome est l'augmentation pathologique de la tension intraoculaire, avec ses causes et ses conséquences. L'augmentation de la tension intra-oculaire est l'élément principal. Un glaucome sans augmentation de tension n'est apparemment qu'un glaucome observé dans les intervalle des accès d'augmentation de tension.

La tension des humeurs intraoculaires dépend de 3 facteurs, qui sont : a) Etat des organes sécrétants ; b) Etat des émonctoires ; c) Etat des humeurs. Les humeurs du corps vitré et les humeurs aqueuses sont sécrétées par la partie ciliaire du tractus uvéal. L'humeur aqueuse s'écoule par l'angle de la chambre antérieure « l'angle de filtration ». L'humeur du corps vitré s'écoule par la pupille, mais très lentement, comparativement à l'écoulement de l'humeur aqueuse. Tout l'excédant des humeurs du corps vitré s'écoule aisément, à l'état normal, dans la chambre antérieure. L'état de la pupille ne peut exercer une grande influence sur la tension intraoculaire. La tension restant la même, une humeur séreuse s'écoulera beaucoup moins facilement de la chambre antérieure, qu'une solution saline physiologique.

Les principaux éléments, qui augmentent la tension seront donc : a) l'hypersécrétion des procès ciliaires ; b) l'encombrement de l'angle de filtration ; c) la sérosité des humeurs. L'hypersécrétion est parfois la cause provoquante d'un accès ; mais le processus glaucomateux ne peut être attribué à une hypersécrétion continuelle. L'encombrement de l'angle de filtration se rencontre dans la plupart des cas de glaucome. L'angle est obstrué ou comprimé. Il est prouvé par l'expérimentation que la filtration est notablement retardée, quand la base de l'iris est poussée en avant. Il est vrai que l'angle de filtration est parfois encombré dans des yeux qui ne présentent pas les symptômes du glaucome, mais alors d'autres altérations viennent empêcher le développement du glaucome; dans ces cas les humeurs sortent par d'autres voies, ou bien elles ne sont plus sécrétées. La sérosité des humeurs se rencontre dans plusieurs formes de glaucome. C'est l'élément principal du glaucome consécutif à l'iritis séreuse et à la kératite compliquée d'iritis. Dans ces cas l'angle de filtration est complètement dégagé et la chambre antérieure et profonde. Dans la plupart des cas de glaucome l'angle de filtration est encombré.

Quels en sont les causes ? Lorsque les causes du glaucome sont évidentes, on l'appelle « glaucome secondaire ; » lorsque elles ne se manifestent point, on parle de « glaucome primitif ». Dans quelques formes de glaucome secondaire la cause de l'obstruction de l'angle de filtration se manifeste ; tels sont les cas suivants : 1. Lésion du cristallin, qui se gonfle et pousse l'iris contre la cornée ; 2. Luxation du cristallin dans la chambre antérieure en avant de la pupille, qu'il obstrue, tandis que l'humeur aqueuse, emprisonnée derrière l'iris, pousse l'iris autour du cristallin contre la cornée ; 3. Adhérence complète marginale de l'iris avec rétention de l'humeur aqueuse, qui pousse l'iris contre la cornée. A part les cas de sérosité de l'humeur aqueuse, l'anatomie pathologique a démontré dans toutes les formes de glaucome secondaire que l'iris est poussé en avant.

Dans le glaucome primitif aigu, l'anatomie pathologique a prouvé que la base de l'iris est poussé en avant par les procès ciliaires gonflés, et que dans plusieurs cas ceux-ci sont eux-mêmes poussés par le cristallin et la zonule de Zinn.

La principale cause prédisposante du glaucome est l'insuffisance de l'espace circumlenticulaire. Donc, la prédisposition au glaucome augmente avec l'âge, parce que le cristallin s'accroit à mesure que l'individu avance en âge. De même la petitesse de la cornée semble prédisposer au glaucome primitif : chez 227 personnes les mensurations avec un Kératomètre spécial ont donné un diamètre moyen de 11.52 mm ; chez 52 personnes attaquées de glaucome primitif, le diamètre moyen était de 11.02 mm. Une cornée mesurant 10.5 mm., ou moins, est exceptionnelle ; chez les personnes non affectées de glaucome on la rencontre 4 °/°, et chez les personnes glaucomateuses 31 °/°. Pour le moment on ne sait pas si la petitesse de la cornée est une particularité congénitale ou bien une altération sénile. Cette question n'est pas définitivement tranchée. Les altérations séniles du corps vitré, qui mettraient obstacle à la filtration vers la chambre antérieure, sont peut-être du nombre des causes prédisposantes ; peut-être aussi, mais à un moindre degré, la rigidité de la sclérotique, et la dégénérescence sénile des vaisseaux.

Les principales causes excitantes sont toutes les influences qui produisent une surcharge sanguine du tractus uvéal. Les altérations générales, qui apportent un obstacle à la circulation et produisent une stase dans le système veineux sont les causes les plus communes. Les procès ciliaires se distendent et si l'espace circumlenticulaire est insuffisant; ils poussent en avant la base de l'iris et compriment l'angle de filtration. La phlébite obstruante serait du nombre ; mais il n'est pas démontré que cette dernière soit une cause commune de glaucome. L'atropine, chez des individus prédisposés, produit le glaucome par le gonflement de la périphérie de l'iris.

La marche fatale du glaucome s'explique par ce fait que la compression des veines de la choroïde occasionne une congestion des procès ciliaires et une compression de l'angle de filtration.

La prédisposition anatomique et les altérations vasculaires influencent à des degrés divers. La glaucome aigu représente le maximum, le glaucome chronique non congestif le minimum des altérations vasculaires.

M. Snellen (d'Utrecht), communique, [illegible] son rapport sur le *traitement du glaucome*. 1° Le glaucome se laisse diviser en deux catégories : le *glaucome postérieur*, avec diminution de la chambre antérieure, et le *glaucome antérieur*, avec augmentation de la chambre antérieure (iritis séreuse, kératite diffuse).

2° Dans le glaucome postérieur, les myotiques dilatent avantageusement les espaces de Fontana, en augmentant l'extension de l'iris et la contraction des fibres [illegible] du muscle ciliaire. Les myotiques facilitent [illegible]. Dans le glaucome antérieur, les myotiques sont nuisibles, en ce qu'ils augmentent la surface de l'iris en [illegible] avec la cristalloïde antérieure. Les [illegible] en sens inverse.

3° La sclérotomie est indiquée dans tous les cas d'augmentation de la tension [illegible] Elle agit [illegible] en provoquant l'écoulement de l'humeur séreuse ; [illegible] de l'iris ; c. en rétablissant la circulation [illegible].

4° La section de dehors en dedans avec le couteau lancéolaire est préférable à la section en sens contraire avec le couteau à cataracte, parce que, avec le premier, on risque moins de provoquer le prolapsus de l'iris.

5° Dans la sclérotomie les myotiques sont indispensables. Ils préviennent le prolapsus de l'iris. Ils favorisent l'écoulement de l'humeur séreuse, en provoquant la contraction du tractus uvéal, et ils dilatent non seulement le canal de Fontana, mais encore l'espace sus-choroïdien. Puis il est probable que l'action bienfaisante des myotiques dans la sclérotomie est surtout attribuable à une extension augmentée de la membrane de Descemet, extension qui maintient béante la lèvre interne de la sclérotomie, et fraye une voie nouvelle vers le canal de Schlemm.

6° L'excision d'un segment d'iris n'a qu'une importance secondaire. Elle est cependant indiquée, quand il y a tendance au prolapsus, ou bien, quand il y a accumulation de sérosité derrière l'iris. La conservation du sphincter iridien favorise l'extension nécessaire de la périphérie de l'iris.

7° Quand il y a danger d'hypertonie, il faut éviter tout effort d'accommodation. C'est le mérite de Schön d'avoir recherché la première cause de l'hypertonie dans une fonction de l'œil. Quoiqu'il y ait à objecter à quelques détails de son exposé, la proposition de Schön « que les efforts exagérés de l'accommodation constituent une cause efficiente du glaucome » exige une sérieuse considération.

8° Tant que le cristallin perd de son élasticité (presbyopie, cataracte) le ligament suspenseur devra se relaxer pendant les efforts d'accommodation; le ligament relâché ne mettra plus obstacle à ce que le cristallin soit poussé en avant.

9° Le glaucome absolu réclame l'énucléation, tant en vue de l'imminence de douleurs, que de l'existence possible de tumeurs de la choroïde. L'énucléation est préférable à l'exentération, déjà pour le motif de l'importance des recherches anatomo-pathologiques.

M. Schön de Leipzig, fait une communication sur l'*excavation accommodative et le glaucome simple*. Il s'agit d'une excavation physiologique provoquée par le tiraillement des [illegible] : elle rappelle celle du glaucomme simple.

M Straub (d'Utrecht) étudie le rôle de [illegible] *comme organe élastique* dans l'œil normal et dans l'œil malade. Il rappelle que c'est le tissu musculaire qui possède la plus grande élasticité, que cette propriété est chez lui plus développée que dans le tissu conjonctif. Le concours du tissu musculaire dans l'économie est indispensable pour soutenir une tension continue. Or, dans l'œil, l'organe musculaire est la choroïde : c'est elle, et non pas la sclérotique qui soutient la tension intra-oculaire. Cette choroïde est très résistante : elle peut supporter facilement une pression [illegible] plus considérable que la pression normale. Quand l'élasticité de cette membrane disparaît, il se produit une stase veineuse, les liquides oculaires augmentent de volume, la zonule est projetée en avant et il y a tendance au glaucôme.

M. Wahlfors (de Helsingfors) communique les résultats de ses recherches sur la *pression [illegible]* [illegible]. Cette pression, [illegible] un petit manomètre, augmente quand il y a amas de sang dans les vaisseaux.

M. de Wecker repousse l'opinion de Snellen à propos de l'emploi du couteau lancéolaire dans la sclérotomie : il donne la préférence au couteau à cataracte avec lequel il n'y a jamais de prolapsus. Il faut prendre un couteau étroit.

M. [illegible] (de [illegible]) dit que le glaucome peut être d'origine syphilitique. En cas de glaucome simple, on ne doit pas pratiquer l'iridectomie, on doit conserver le sphincter.

M. [illegible] (de Göttingen) admet, pour la production du glaucome, la théorie de la rétention. Dans ses recherches sur les yeux glaucomateux, [illegible], il a trouvé une obstruction de l'angle de la chambre antérieure, de l'angle de filtration. Cette [illegible] est [illegible] de nature inflammatoire. La sclérotomie permet à l'iris de reprendre sa place.

M. [illegible] (de Cologne) croit au contraire que l'oblitération est secondaire ; il admet la théorie nerveuse. Il ne reconnaît aucune valeur à la sclérotomie.

M. [illegible] recommande la sclérotomie postérieure pratiquée au moyen de deux incisions allant jusqu'à la choroïde, [illegible] dans la partie supéro-externe et inféro-externe [illegible]. — M. Stilling regarde l'œil glaucomateux comme un œil [illegible], l'obstruction des veines est secondaire.

M. [illegible] a observé, chez une femme de 40 ans, un glaucome syphilitique qui fut guéri par la médication spécifique : il partage l'opinion de Mendelssohn sur la valeur de la sclérotomie.

M. Javal continue sa communication de *l'ophthalmométrie*. Dans le cas d'astigmatisme cornéen conforme à la règle, l'astigmatisme [illegible] est généralement faible. Chez les jeunes gens l'astigmatisme dynamique peut dépasser une dioptrie. Ces faits concordent avec les observations de Donders. — M. [illegible] a obtenu d'excellents résultats par l'emploi de l'ophthalmomètre de Javal. — M. Javal déclare que les yeux à astigmatisme inverse sont plus disposés au glaucome.

M. Hess (de [illegible]) étudie la *production artificielle de la cataracte [illegible] de la capsule*. On a observé des cataractes survenant à la suite d'un coup de foudre : on en a expliqué la formation par la coagulation de la substance cristallinienne. M. Hess a pu produire la cataracte expérimentale au moyen de l'électricité par la décharge d'une bouteille de Leyde. Les symptômes [illegible] ont été du myosis et de l'opacité cornéenne. Le corps [illegible] le cristallin couvert d'opacités [illegible] l'épithélium antérieur de la capsule [illegible] sur une certaine étendue. Il s'amassait du liquide entre la capsule postérieure et les fibres. L'épithélium cornéen [illegible]. Ce sont là des cataractes par desquamation [illegible].

M. [illegible] (de [illegible]) communique les résultats de ses recherches sur le *chiasma des nerfs optiques chez l'homme*. Il a étudié les nerfs optiques sur des embryons et il a constaté le parallélisme des fibres. Mais il n'en est plus de même dans le chiasma, où les fibres à myéline sont tellement [illegible] qu'on ne peut [illegible] leur parcours. Cette dernière [illegible] les fibres sans myéline. L'auteur a bien [illegible] l'existence d'un faisceau direct et d'un faisceau croisé, mais les deux faisceaux [illegible] leurs fibres. Il est impossible d'apprécier l'importance relative de chaque faisceau. Le faisceau croisé semble plutôt occuper la partie supérieure du chiasma.

M. [illegible] (de Marbourg) signale un cas d'[illegible] *[illegible] hémianopsie cérébrale*. On a trouvé à l'autopsie une destruction du lobe occipital droit [illegible] et une atrophie du nerf optique en arrière du tract optique.

M. [illegible] (de [illegible]) fait connaître l'[illegible] *des [illegible] sur la production de l'[illegible]*. Il ne s'agit pas [illegible], ainsi qu'on le décrit habituellement, mais d'un symptôme [illegible], périodique. Les [illegible] par les moyens ordinaires. En voici les [illegible] : 1° [illegible] disparaît quand les [illegible] : — 2° le plus grand nombre de cas [illegible] dans les pièces où il y a des mouches [illegible]

contraire on n'en observe pas dans le désert ; — 3° les indigènes ne chassent pas les mouches qui viennent se poser sur leur visage ; — 4° les cultures prouvent que les pattes de mouche peuvent transporter les microbes, d'un sac conjonctival dans un autre ; — 5° Il y a des observations dans lesquelles on a vu l'inoculation directe de la conjonctivite purulente par une mouche qui venait immédiatement auparavant de se reposer sur un œil affecté de la même maladie.

M. Weiss (de Mannheim) signale quelques *particularités anatomiques des nerfs optiques*. La longueur de ces nerfs est très variable : quand elle est longue, il n'y a pas de tiraillement ; quand elle est courte, le tiraillement est possible.

Séance du 11 août 1888.

M. Leber (de Göttingen) lit son rapport sur l'*importance de la bactériologie en ophthalmologie*. — La plupart des inflammations de l'œil ont une origine microbienne. Par suite de sa situation découverte, l'œil est accessible à nombre de microbes de l'extérieur, plus rarement à ceux de l'intérieur du corps. Les microbes peuvent atteindre l'œil par ces deux voies. Certains microbes ont la propriété de ne produire d'inflammation que sur les plaies ou dans l'intérieur des tissus du corps ; d'autres provoquent sur les muqueuses blessées des inflammations plus ou moins violentes. L'inflammation purulente consécutive aux blessures et aux opérations de l'œil est, sauf un petit nombre d'exceptions, d'origine microbienne : elle est due aux Staphylococcus et aux Streptococcus connus comme facteurs de l'inflammation purulente. L'inflammation mycosique de la cornée, et surtout la kératite de l'Aspergillus, donne la meilleure explication de l'influence des micro-organismes et de la production de l'inflammation réactionnelle. Une culture du champignon, déposée en un point très limité du centre de la cornée, provoque à distance l'émigration de globules du pus dans le tissu cornéen et dans la chambre antérieure de l'œil ; cela ne peut se comprendre qu'en admettant la production par le champignon de certaines substances inflammatoires qui, à l'état soluble, se diffusent dans le voisinage. Cette manière de voir s'accorde avec l'existence de l'inflammation purulente produite par des substances chimiques telles que le cuivre ou le mercure ; elle se démontre par l'extraction et la production de ces substances dans les cultures de Staphylococcus.

La réaction de l'organisme se manifeste aussitôt par la sortie des globules blancs en dehors des vaisseaux ou par leur accumulation au lieu de l'excitation. Ils semblent attirés là par la présence d'une substance pathogène qui, au lieu de l'excitation, exerce une influence paralysante grâce à laquelle les globules du pus, arrêtés dans leur mouvement, restent immobiles. La pullulation des champignons peut triompher de la réaction de l'organisme et franchir la barrière établie par le phlogocytose. L'influence considérable de certains microbes qui se développent sur la conjonctive intacte (gonocoques, contages de la diphthérie) s'explique également par cette hypothèse que les champignons produisent des substances solubles et que celles-ci attaquent la conjonctive saine comme le fait la phlogosine du staphylococcus. Les inflammations non traumatiques des parties profondes de l'œil ont pour cause principale des substances nuisibles charriées par le sang et, en grande partie, de nature microbienne. Il faut distinguer l'embolie par matières septiques de l'adhérence à la paroi vasculaire de microbes circulant dans le sang. La propagation des microbes par les voies lymphatiques est plus rare ; l'ophthalmie sympathique est probablement une inflammation microbienne atteignant le second œil en passant par les espaces lymphatiques. A ce groupe appartient aussi l'infection de l'orbite, du sinus caverneux, consécutive à l'énucléation. La blessure du corps ciliaire ne s'accompagne d'aucun danger d'ophthalmie sympathique ; celle-ci dépend seulement de l'infection de la plaie, infection parfois difficile à reconnaître. Les corps étrangers de l'œil, le cuivre en particulier, amènent des inflammations purulentes sans microbes ; le diagnostic est assuré par la culture du pus. En pareils cas, par l'extraction du corps étranger, l'œil, et quelquefois une partie de la puissance visuelle peuvent être conservés sans danger pour l'autre œil.

M. Sattler, co-rapporteur, distingue *trois groupes de maladies mycosiques de l'œil*. Le premier groupe comprend celles dans lesquelles les germes infectieux exercent leur action sur des surfaces intactes (blennorrhagie conjonctivale aiguë, trachome, diphtérie conjonctivale, catarrhe infectieux aigu). Dans le deuxième groupe se rangent les affections dans lesquelles une solution de continuité est nécessaire à la pénétration et au développement des germes de la maladie (induration syphilitique primaire de la conjonctive, tuberculose conjonctivale, processus de suppuration). Enfin le troisième groupe renferme les affections dont les microbes sont amenés à l'œil par le sang et les lymphatiques.

M. Chibret (de Clermont-Ferrand) recommande l'*emploi de l'oxycyanure de mercure dans l'antisepsie oculaire*. Les instruments doivent être laissés pendant cinq minutes dans une solution à 1/100 de cette substance : ce délai suffit pour détruire tous les micrococcus anciens. M. Chibret préconise l'emploi de bains oculaires avec des solutions d'oxycyanure à 1/1500. Ce corps, dont l'action antiseptique sur les microbes du pus est très rapide, n'est pas absorbé ; son emploi est sans danger.

M. Deutschmann croit qu'il n'y a pas de *spécificité de l'ophthalmie sympathique* : il pense que tous les microbes de l'inflammation sont capables de la provoquer. — M. Knapp (de New-York) déclare que si l'on *stérilise parfaitement les instruments* et si l'on prend toutes les précautions antiseptiques, on n'a pas d'ophthalmies sympathiques à la suite des traumatismes de l'œil.

MM. Schmidt Rimpler, Samelssohn, Hirschberg, Meyer, Leber et Sattler, discutent la valeur de l'antisepsie oculaire et examinent la question de la spécifité de l'ophthalmie sympathique.

M. Mazza Andrea (de Genève) signale les résultats de ses *recherches expérimentales sur l'ophthalmie sympathique*. Dans les 70 injections de Staphylococus qu'il a faites dans le corps vitré chez des animaux, il n'a jamais constaté le passage des microorganismes au delà de la papille. Quand ces micro-organismes ont été vus dans le nerf optique, c'est que l'injection avait été faite dans le nerf optique lui-même et non dans le corps vitré, excepté dans les cas d'infection générale dans lesquels l'animal mourait de méningite. Quelquefois, à la suite d'injection dans le nerf optique, M. Mazza a observé des figures ressemblant à des vaisseaux lymphatiques injectés.

M. Dor (de Lyon) signale *un cas de Coloboma symétrique des deux paupières supérieures*. A ce propos, il a fait faire par son chef de clinique, M. Nicolin, une thèse soutenue à la Faculté de Lyon ; il a recherché tous les cas publiés jusqu'ici et il en a réuni 45 dont 26 à une seule paupière, 2 aux deux paupières du même œil, 16 à une paupière des deux yeux et 1 aux quatre paupières, soit 28 monoculaires et 17 binoculaires. En étudiant en outre la fente oblique de la face, il a trouvé dans le travail de Morian, sur 36 cas, 23 fois des altérations des paupières et 12 fois des coloboma. Dans les cas de coloboma cités dans la thèse de Nicolin, il y avait 13 fois complication de bec de lièvre ou de gueule de loup, et une fois de coloboma de l'iris. En présence de la fréquence de ces cas doubles et symétriques, M. Dor ne peut admettre la théorie des brides amniotiques (Walter, Dick, Brann, Van Duyce). Il se rallie à la théorie d'un arrêt de développement. En étudiant l'embryologie, on voit que, vers le 14e ou le 15e jour, le 1er arc branchial et le bourgeon frontal, dont la réunion constituera la face, se soudent en arrière et laissent en avant une place libre pour le passage de la vésicule oculaire : c'est par là que passent aussi, dans les cas pathologiques, les kystes congénitaux de l'orbite et même ceux de la queue du sourcil. Si donc la réunion du bourgeon frontal et du premier arc branchial n'est pas absolument complète, les paupières se forment en deux moitiés et c'est là l'origine du coloboma. L'étude des fentes faciales pathologiques confirme encore cette opinion.

M. Knapp (de New-York) étudie la *notation des méridiens dans l'emploi des lunettes cylindriques*. Il décrit la notation française, la notation américaine et la notation anglo-allemande. Il donne la préférence à cette dernière, à cause de la symétrie.

M. Haab (de Zürich) examine les *différentes affections de la macula lutea* et présente des figures démonstratives, (maculite traumatique, maculite sénile, maculite par anémie, etc ..)

M. Becker (de Heidelberg) montre que la *disposition des vaisseaux* favorise le fonctionnement physiologique de la macula, mais qu'elle facilite en même temps les altérations pathologiques.

M. Knapp appelle l'attention sur *les lésions de la macula* chez les enfants qui succombent à la périencéphalite diffuse.

M. Landolt propose *d'étendre aux verres prismatiques le principe de notation* qui sert pour les verres sphériques et cylindriques, à savoir de les numéroter non plus suivant leur forme, mais suivant leur action optique. On désignerait dorénavant les prismes par leur angle de déviation minimum.

Le prochain Congrès international d'ophthalmologie qui se réunira à Edimbourg se tiendra dans six ans. En clôturant les travaux du Congrès, M. Donders se félicite des résultats qui ont été obtenus. Il remercie la ville de Heidelberg de la réception qu'elle a faite à tous les Congressites. Nous ne saurions, pour notre part, trop nous associer à ces remerciements ; nous exprimons à la ville de Heidelberg toute notre gratitude pour la manière courtoise avec laquelle elle a reçu en particulier les ophthalmologistes français, pour la délicatesse avec laquelle elle a évité, dans les fêtes données en l'honneur du Congrès, tout ce qui pouvait blesser les susceptibilités de nos compatriotes.

Paul Loye.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 août 1888. — Présidence de M. Janssen.

M. Berthelot rapporte des *expériences nouvelles sur la fixation de l'azote par certaines terres végétales et certaines plantes.*

MM. Jungfleisch et Grimbert déposent une note sur la *Lévulose.*

M. Bréal étudie la *fixation de l'azote atmosphérique par les Légumineuses dont les racines portent des nodosités.*

M. Rietsch (de Marseille) adresse une *note importante sur le tétanos expérimental.* Ce savant a pu vérifier les expériences de Nicolas, de Beurner, etc. Il a pris de la poussière de foin (herbe coupée dans le square de l'Hôtel-Dieu de Marseille) et a réussi à donner à un âne le tétanos typique des Equidés. La poussière a été inoculée sous la peau à des cobayes ; ils sont morts le 4e ou le 5e jour avec les symptômes suivants: contractures dans le membre inoculé, opisthotonos, trismus ; enfin mouvements convulsifs et mort. A l'autopsie, rien, sauf un peu de pus au point d'inoculation. Si on inocule ce pus à d'autres cobayes, ceux-ci meurent avec les mêmes phénomènes 30 heures après. Ce pus, cultivé sur la gélatine, n'a rien fourni : mais les cultures en sérum liquide ou solide, maintenues à 35°, ont donné plusieurs microbes, parmi lesquels prédominait le bacille long, droit, mince, à spore terminale renflée, qui est considéré comme la cause du tétanos. Après 4 jours de culture dans des tubes de sérum solide, ces bacilles avaient en partie liquéfié leur milieu de culture. La partie liquide d'un de ces tubes, délayée dans 5 à 6 volumes d'eau, fut injectée sous la peau de la cuisse d'un âne de 10 ans (2 cent. c. environ). Le 15e jour, après quelques phénomènes locaux (noyau induré, petit abcès), raideur des jambes postérieures, trismus. Bientôt contracture générale, symptômes tétaniques avérés, faciès caractéristique, opisthotonos ; mort le 22e jour. 4 lapins inoculés avec le pus de l'abcès sont morts 36 heures après de tétanos : les inoculations avec des liquides pris dans les organes de l'âne n'ont rien donné. Le tétanos spontané paraît être le même que ce tétanos expérimental ; ces faits montrent que le virus tétanique est répandu dans la terre et les poussières.

M. Lignier envoie un travail sur l'*importance du système libéroligneux foliaire en anatomie végétale.*

M. Gormard décrit des *figures de corrosion naturelle sur des cristaux de Barytine du Puy-de-Dôme.*

M. Caraven-Cahin envoie une note sur la *grotte de Boset* (Tarn). On y a trouvé des silex taillés moustériens, une dent humaine, du renne, de l'*Urus spelœus*, du *Canis vulpes*, du *Bos taurus*, de l'*Equus* et du *Sus.*

Marcel Baudouin.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 14 août 1888. — Présidence de M. Hérard.

M. Dujardin-Beaumetz lit, *au nom de* M. G. Sée, absent, un travail sur *les anévrysmes avec bacilles*, et sur *leur traitement par l'iodure de potassium et l'antipyrine.* M. G. Sée a été frappé de ce fait, que les anévrysmatiques devenaient fréquemment tuberculeux et succombaient à une phtisie caverneuse, lente. L'anévrysme aortique, loin d'exclure la bacille de Koch, constitue un des agents manifestes du développement du microbe ; grâce à lui, l'imperfection de la respiration et de la circulation sont les deux facteurs qui favorisent la multiplication du bacille. Trop d'oxygène nuit aux bacilles, peu d'oxygène favorise leur développement. D'où provient le bacille ? M. G. Sée incline à admettre l'existence d'endartérites microbiques, sans toutefois en fournir une preuve palpable. — Tout le monde semble d'accord pour rejeter la filipuncture et l'électropuncture, appliqués au traitement des anévrysmes. Il n'y a d'autre traitement que l'ioduration aidée par l'antipyrine ou ses analogues. Comme complément de l'iodothérapie, M. G. Sée, après avoir condamné les médicaments cardiaques ordinaires, admet l'utilité de la spartéine et préconise l'emploi de l'antipyrine contre les douleurs persistantes et les névralgies compressives. A ce propos M. G. Sée rappelle que, depuis dix-huit mois, il emploie l'analgésine dans tous les anévrysmes, dans toutes les angines de poitrine. Dans tous les cas, il obtient des résultats favorables ; aussi ne croit-il pas utile d'abandonner cette substance pour une autre, la phénacétine ou l'acétanilide par exemple. En résumé, selon M. G. Sée l'iodure et l'antipyrine, seraient les vrais et seuls moyens curatifs de l'anévrysme.

M. Dujardin-Beaumetz ne pense pas qu'on puisse regarder l'antipyrine comme inoffensive, puisque la science compte plusieurs exemples d'intoxication ; il emploie la phénacétine depuis longtemps, sans avoir rencontré d'accidents toxiques.

M. de Villiers lit un rapport relatif à une lettre de M. Haro, concernant l'*hygiène des jeunes mères et des nouveau-nés.* L'idée de M. Haro d'ajouter au livret de famille des conseils hygiéniques pour la première enfance est bonne, mais elle n'est pas nouvelle, car elle a été mise en pratique par d'autres mairies que celles de Montpellier ; ces conseils devraient en outre être conformes à ceux que l'Académie a adoptés et qui sont en usage presque partout. Il serait utile que ces conseils fussent imprimés sur les livrets de famille et sur les actes de naissance, en y ajoutant les principaux articles de la loi de protection de l'enfance. Cette mesure devrait être générale et uniforme. La publication, dans le livret de famille, de conseils hygiéniques aux femmes enceintes et accouchées, est hors de propos.

M. Petresco (de Bucharest) lit un premier travail sur *le traitement de la pneumonie par la digitale à hautes doses.* L'auteur administre 4 grammes de feuilles de digitale en infusion et jugule cette maladie cyclique en trois jours. Aussi, la mortalité est-elle minime, puisqu'elle se chiffre par 1,22 0/0. Il est vrai que les pneumonies compliquées sont plus récalcitrantes.

M. Petresco lit un deuxième mémoire sur l'*action antihémorrhagique de la Bryone.* La *Bryonia alba* détermine une contraction des vaisseaux capillaires, lorsqu'on l'administre aux doses de 0 gr. 20, 0 gr. 25, 0 gr. 30 de racines sèches dans 300 grammes d'eau. M. Urbeano a extrait de ses racines plusieurs principes résineux et glycosidiques. Or, la glycoside ou Bréine engendre des effets analogues à la Bryone.

M. Ollivier étudie la contagion de *la rougeole dans les salles d'asile et dans les crèches.* La rougeole est surtout contagieuse dans sa période d'invasion ; aussi, conviendrait-il, dans le but de diminuer la fréquence de cette maladie, d'isoler les enfants dès le premier jour et non le 4e ou le 5e jour. Pour cela faire, on pourrait éloigner les enfants, dès qu'ils seraient atteints d'une phlegmasie catarrhale de la muqueuse oculaire, nasale ou respiratoire. Si cette phlegmasie n'est pas le prélude de la rougeole, les enfants en seraient quittes pour avoir subi un simple isolement, au grand profit de leur santé. A. Josias.

CORRESPONDANCE

Expositions !

A M. le Dr Bourneville, rédacteur en chef du *Progrès médical.*

Mon cher ami,

Il y a quelques jours, j'étais à Ostende, et j'y lisais sur de géantes affiches les promesses alléchantes d'une *Exposition de sauvetage et d'hygiène* organisée dans le square Léopold. — Candidement, je me dirigeai vers le square en question, et, là, dans une construction en bois, non sans élégance, je fus admis à contempler, moyennant une faible somme : deux ou trois bateaux de sauvetage, deux ou trois bouées, une échelle à incendie, des étoffes et des dentelles, des services en faïence, des canapés-lits et des pianos-billards, des porte-plumes servant aussi de règle et de crayon, des chaises en bois tourné, quelques poêles mobiles, des moules à cigarettes et des pommades plus ou moins philocomes.

Des jeunes filles aimables m'invitèrent à goûter, à leur bar, la reine des absinthes, le roi des apéritifs, sans parler du *parfait amour;* — même il y avait deux jeunes russes en costume national, avec des colliers de Venise, qui offraient du nougat de Moscou fabriqué à Montélimart, avec un fort accent brabançon.

D'hygiène il n'était pas question dans toute cette affaire, et j'en vins à croire que c'est par suite d'une faute d'impression que le mot figurait sur les affiches, ou bien que les organisateurs de l'exposition d'Ostende se moquaient agréablement du public. Vraiment, cela n'est guère gentil, et c'est bien peu digne d'un pays où l'hygiène est si fort en honneur et si dignement représentée. — Je dois dire, d'ailleurs, que le public restait assez froid et que même le dimanche l'exposition était lamentablement délaissée pour une promenade à la digue, beaucoup plus hygiénique sans contredit.

Me voici revenu à Paris et, là encore, de vastes affiches m'annoncent aussi une *Exposition de sauvetage et d'hygiène.* Celle-ci a lieu au palais de l'Industrie ; elle a été honorée de la visite de M. le Président de la République et de plusieurs ministres ; évidemment, il s'agit d'une chose sérieuse et on ne doit pas manquer de trouver là le dernier mot du sauvetage et les plus récentes découvertes et applications de l'hygiène.

C'est pourquoi, non moins candidement que ci-dessus, je me dirige vers la dite exposition où je retrouve : quelques bateaux de sauvetage et quelques bouées, une échelle à incendie, des étoffes et des dentelles, des services en faïence, des canapés-lits et des pianos-billards, des porte-plumes identiques à ceux d'Ostende, des chaises en bois tourné, des poêles mobiles, des moules à cigarette, des pommades régénératrices de la chevelure et des jeunes filles aimables qui offrent la reine des absinthes, le roi des apéritifs et le parfait amour.

J'y ai vu également deux petites russes en costume national, avec des colliers de Venise et vendant du nougat de Moscou tel qu'il se fabrique à Montélimart ; — seulement leur accent n'est plus aussi brabançon qu'il m'avait semblé et se rapprocherait plutôt de celui des Batignolles.

Voyez, mon cher ami, comme il est difficile de connaître la vérité en ce monde sublunaire ! J'avais cru jusqu'ici que le Ministre qui a dans son département le commerce, l'industrie et l'hygiène publique avait aussi la haute main sur les expositions ; qu'on s'adressait à lui pour obtenir une autorisation ou un patronage quand on voulait exposer des objets quelconques dans un palais national, qui ne saurait être prêté tout exprès pour favoriser deux ou trois journaux de réclame ou pour aider à la fortune de quelques distributeurs de médailles et de diplômes. Evidemment je me trompais. — Si M. le Ministre du commerce était chargé des expositions, il ne supporterait pas qu'on y compromît l'*hygiène* dont il a la direction ; il voudrait que son ministère fut représenté dans les jurys d'admission par quelques membres du Comité consultatif d'hygiène qui est précisément chargé de renseigner les Ministres du commerce sur une science qu'ils peuvent ignorer ; et bien certainement M. le Dr Brouardel, l'éminent président de ce comité, pas plus que ses collaborateurs, n'hésiteraient à mettre le ministre en garde contre une entreprise qui tend à faire croire au public que l'hygiène est une branche des connaissances humaines qui est particulièrement cultivée par les camelots, les marchands de pommade et les distillateurs.

M. le Président de la République, qui sait ce qu'est l'hygiène et la place qu'elle doit occuper dans les sciences sociales, a dû être un peu étonné de ne rencontrer là rien qui regarde la salubrité des habitations et des villes, l'assainissement du sol, le captage des sources, la distribution des eaux pures, la sécurité et la salubrité du travail, la recherche des falsifications, la lutte nécessaire contre l'abus des boissons alcooliques. Peut-être s'est-il demandé pourquoi le gouvernement qu'il préside favorise l'institut Pasteur et laisse exposer, dans un palais dont il a seul la disposition, des anti-rabiques dont le moindre défaut est de laisser les malades qui les emploient dans la sécurité trompeuse qui doucement conduit à la mort ; peut-être s'est-il dit encore que les ameublements de salle à manger en bambou ou en cuir, les porte-allumettes pyrogènes, le coricide, le trésor du fumeur, la corde électrivore ainsi que le flacon intitulé *Bain du grand monde,* sont des objets qui n'ont avec l'hygiène qu'une parenté très éloignée. Cette supposition n'a rien d'excessif, en tous cas.

Mieux renseigné, le chef de l'Etat ne se serait pas donné la fatigue de cette promenade dans un bazar industriel, curieux sans doute, mais à d'autres titres, et il eut honoré de sa présence une des séances du Congrès de la Tuberculose où il eut rencontré des gens savants et honnêtes qui faisaient de l'hygiène.

Croyez, mon cher ami, à ma constante affection.

Dr Robert Piquet.

VARIA

Associations médicales Américaines Congrès des médecins et chirurgiens des Etats-Unis à Washington.

(18, 19, 20 septembre 1888).

Programme et ordres du jour.

I. Séances générales. — 1° 18 septembre : *Obstruction intestinale, ses rapports avec la médecine et la chirurgie,* par Reginald H. Fitz, professeur d'anatomie pathologique à l'Université Harvard et Nicolas Senn (de Milwaukee), professeur de chirurgie au collège des médecins et chirurgiens de Chicago. — 2° 19 Septembre : *Localisations cérébrales, applications médicales et chirurgicales,* par Ch. Mills (de Philadelphie), professeur des maladies du système nerveux à la policlinique de Philadelphie et Rosnell Park, professeur de chirurgie au collège médical de Buffalo. — 3° 20 Septembre : *Discours du président* John Billings, chirurgien militaire. Réception à l'United States Army Museum Building.

II. Séances de sections. — a. *Section de médecine* : Discours du président W. Draper (de New-York). — *Relations des lésions trophiques avec les maladies du système nerveux,* discussion entre l'*Association of American Physicians* (Seguin) et l'*American Physiological Society* (H. Wood) ; — *Albuminurie et assurance sur la vie,* par J. Tyson (Philadelphie) ; — *De la valeur de l'albuminurie, etc., dans les maladies des reins,* par Edes (Washington) et E. Janeway (New-York) ; — Communications diverses sur les *maladies du cœur,* les *fièvres infectieuses,* la *pathologie du tymus,* par Jacobi (de New-York), l'*hystéro épilepsie traitée chirurgicalement,* par Polk (de New-York), etc., etc.

b) *Section de chirurgie.* — 1° American surgical Assoc. : *Micro organismes et maladies chirurgicales,* par Senn ; — *Chirurgie du cerveau,* par Smith, Keen (avec présentations de malades ; — *Chloroforme et éther,* par Jandell (Louisville) ; — *Traitement chirurgical de la typhlite et de la pérityphlite,* par Bull (New-York Hospital) ; — *Intervention chirurgicale dans la perfo-*

ration intestinale due à la fièvre typhoïde, par Mears; — *Calculs vésicaux* par Mac Guirre; — *Cure radicale des hernies*, par Gay (Boston); — *Néphrectomie*, par Willard; — *Shock*, par Chelver; etc., etc. — 2° American Assoc. of Genito-Urinary Surgeons: *Maladie du testicule*, par Bangs. — *Cancer des vésicules séminales*, par Bryson; — *Traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate*, par Cabot (Boston); — *Drainage de la vessie*, par Keyes; — *La Filaria Sanguinis hominis aux Etats-Unis* (Chylocèle de la vaginale), par Martin; — *Un évacuateur vésical*, par Otis, — *Prostatotomie*, par Pott, Watson, etc., etc. — 3° American orthopedic Association: *Traitement de la sénile coxitis*, par Taylor. — *Pied bot*, par Bradford; etc., etc.

e) Section de climatologie: Président, M. le Dr Loomis. — *Climats et phtisie*, par Bowen et Bowditch. — *Eaux minérales des Etats-Unis*, par Peale, Pepper, Smith; — *Altitude et maladies du cœur et des poumons*, par Donaldson, Lewick; — *Asthme nasal et nerveux*, par Bosworth et Shurly, etc.

d) Section de physiologie (Amer. Physiological Society): *Hypnotisme*, par Stanley Hall; — *Phénomène du genou*, par Bowditch; — *Utérus pendant la gestation*, par Minot; — *Fièvre*, par Ott; — *Bactéries de l'eau*, par Sedgwick; — *Ptomaïnes*, par Vaughan, — *Antifébrine*, par Chittenton, etc., etc.

e) Section de Neurologie: *Anévrysme et phénomènes cérébraux*, par Weir Mitchell; — *Myosite subaiguë progressive*, par Jacoby, etc., etc.

f) Section de laryngologie: *Anatomie du nez*, par H. Allen, — *Œsophagotomie interne*, par Roe; — *Lupus du nez, pharynx et larynx*, par Johnatan; — *Enchondrome subglottique*, par Ingals; — Communications annoncées de Morell Mackenzie, Solis-Cohen, Morris, Gougenheim, Moure.

g) Section de dermatologie: *Acide salicylique en dermatologie*, par Heitzmann: *Dermatoses héréditaires*, par White; — *Un cas de filaire de Médine*, par Taylor; — *Dermatite herpétiforme*, par Graham et Stelwagon: — *Pelade*, par Hardaway; — *Maladie de Raynaud*, par Taylor; — *Lichen planus et ruber*, par Fox, etc., etc.

h et i) Les sections d'ophthalmologie et d'otologie (American Opt. Ass. et Am. Otological Assoc.) n'ont pas encore fait connaître leurs programmes.

L'Institut d'Anthropologie de Paris à l'Exposition de 1889.

Un emplacement sera affecté, dans l'Exposition du Ministère de l'Instruction publique en 1889, aux trois établissements scientifiques que BROCA aimait à désigner sous le nom d'*Institut Anthropologique*. L'Exposition Anthropologique du Ministère de l'Instruction publique sera encyclopédique, car toutes les sciences anthropologiques se tiennent, se soutiennent et s'éclairent mutuellement. Voici l'énumération de ses divers départements:

1° Sociétés et Enseignement anthropologiques; 2° — Anthropologie anatomique et physiologique; — 3° Palethnologie ou Préhistorique; — 4° Ethnologie, Ethnographie et Sociologie; — 5° Sciences des religions, Mythologie; — 6° Linguistique et Traditions populaires: — 7° Arts comparés; — 8° Géographie médicale; — 9° Anthropologie juridique et criminelle; — 10° Démographie.

Pour réaliser cette Exposition au mieux des intérêts de la science, la *Société d'Anthropologie* fait appel à tous les membres de la Société d'Anthropologie, titulaires, associés et correspondants, à tous ceux qui ont travaillé au Laboratoire, aux auditeurs des Cours de l'Ecole d'Anthropologie. Les personnes qui désireraient prendre part à cette Exposition sont priés de se mettre en rapport avec le Comité organisateur et d'adresser un état sommaire des envois qu'elles se proposent de faire, soit à M. le Dr Ch. LETOURNEAU, Secrétaire-général, au Siège de la Société d'Anthropologie, rue de l'Ecole-de-Médecine, 15, soit à M. Adrien de MORTILLET, Secrétaire annuel, à Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise), soit à l'un des signataires de la présente circulaire.

L'*Exposition de la Société, de l'Ecole et du Laboratoire d'Anthropologie* est entièrement distincte de l'Exposition d'*Anthropologie et d'Ethnographie*, qui, sous la présidence de M. de ROZIÈRES, sénateur, servira d'introduction à l'*Exposition rétrospective du Travail*, et qui, par sa destination même, ne saurait, comme la notre, embrasser l'ensemble des Sciences Anthropologiques.

Pour la Société d'Anthropologie: MM. le Dr S. POZZI, président, le Dr THULIÉ, ancien Président, Adrien de MORTILLET, Ph. SALMON, J. VINSON, professeur à l'Ecole des Langues orientales, le Dr Ch. LETOURNEAU, Secrétaire général de la Société et Professeur à l'Ecole d'Anthropologie.

Pour l'Ecole d'Anthropologie: MM. le Dr GAVARRET, directeur de l'École d'Anthropologie, professeur honoraire à la Faculté de médecine, inspecteur général des Facultés de médecine (1); le Dr BORDIER, le Dr HERVÉ, A. HOVELACQUE, le Dr L. MANOUVRIER, G. de MORTILLET.

Pour le Laboratoire d'Anthropologie (Ecole des Hautes Etudes): le Directeur, M. MATHIAS DUVAL.

Pour le Musée Broca: le Conservateur, M. CHUDZINSKI.

INSTRUMENTS ET APPAREILS.

Le stérilisateur de Dr Reynal O'Connor.

Nous donnons ci-dessous, comme nous l'avions promis, la gravure du stérilisateur qui a été présenté à l'Académie de médecine par M. le prof. Cornil, au nom du Dr Reynal O'Connor. Cet appareil, construit par M. Favre, est destiné à stériliser à 100° et 120°, dans une solution phéniquée, les fils d'argent, le catgut, la soie et les crins de Florence, ainsi que les aiguilles, les épingles et les serres-fines hémostatiques. Le stérilisateur, construit tout en cuivre nickelé, se compose d'une cuve de 15 centimètres de long, sur 8 de large et 6 de profondeur; ce qui le rend très léger et portatif: et dans son intérieur il y a un système de bobines sur lesquelles on enroule les fils à sutures en les faisant passer après par des trous pratiqués dans le couvercle. Pour empêcher la pénétration de tout élément infectieux, ces trous sont pourvus de bouchons métalliques retenus par de petites chaînettes. (*Voir fig. 6*).



Fig. 6.

De chaque côté il y a deux petites boîtes destinées à garder les aiguilles et les pinces, et pour que ces instruments puissent être bien baignés par le liquide désinfectant, elles sont construites avec de la toile métallique très fine.

L'appareil porte avec lui un flacon plat de 250 grammes pour contenir de l'acide phénique pur; quand on veut s'en servir, il n'y a qu'à verser de l'eau dans la cuve et à mettre une certaine quantité d'acide; on bouche les trous et on allume les lampes. Dans sept minutes au plus on a une température de 100° sans endommager le moins du monde les fils et l'on est ainsi sûr que ces instruments sont mieux désinfectés qu'en les laissant dans des flacons bouchés, dans une solution à froid — quand ils ne sont pas touchés avec les autres instruments et à la portée de tout le monde.

(1) Nous croyons qu'il n'y a pas plus d'inspecteurs généraux: il paraît que notre information était inexacte.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 5 août 1888 au samedi 11 août 1888, les naissances ont été au nombre de [illegible], se décomposant ainsi : Sexe masculin : légitimes, [illegible], illégitimes, [illegible]. Total, [illegible]. — Sexe féminin : légitimes, 135 ; illégitimes, [illegible]. Total, [illegible].

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2.2[illegible] habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 5 août 1888 au samedi 11 août 1888, les décès ont été au nombre de 86[illegible], savoir : [illegible] hommes et 414 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. [illegible], F. [illegible], T. 9. — Variole : M. [illegible], F. [illegible], T. [illegible]. — Rougeole : M. [illegible], F. [illegible], T. 29. — Scarlatine : M. [illegible], F. [illegible], T. [illegible]. — Coqueluche : M. [illegible], F. 1. T. 2. — Diphthérie, Croup : M. [illegible], F. 10. T. [illegible]. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phthisie pulmonaire : M. [illegible], F. [illegible], T. 160. — Autres tuberculoses : M. 8, F. [illegible], T. 15. — Tumeurs bénignes : M. 2, F. 5. T. 7. — Tumeurs malignes : M. [illegible], F. [illegible], T. 48. — Méningite simple : M. [illegible], F. [illegible], T. [illegible]. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 28, F. 7. T. 35. — Paralysie : M. 4, F. 5. T. 9. — Ramollissement cérébral : M. [illegible], F. 8, T. 13. — Maladies organiques du cœur : M. [illegible], F. [illegible], T. [illegible]. — Bronchite aiguë : M. 7, F. 7. T. 14. — Bronchite chronique : M. 8, F. 10. T. 18. — Broncho-Pneumonie : M. [illegible], F. [illegible], T. 22. — Pneumonie : M. 7, F. 21. T. 28. — Gastro-entérite, biberon : M. 39, F. 31. T. 70. — Gastro-entérite, sein : M. 20, F. 14. T. 34. — Diarrhée au-dessous de 5 ans : M. 5, F. [illegible], T. [illegible]. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 16, F. 8, T. 24. — Sénilité : M. [illegible], F. [illegible], T. [illegible]. — Suicides : M. 16, F. 4, T. 20. — Autres morts violentes : M. [illegible], F. 0. T. 10. — Autres causes de mort : M. 78, F. [illegible], T. 1[illegible]. — Causes restées inconnues : M. 10, F. [illegible], T. 1[illegible].

Mort-nés et morts avant leur inscription : [illegible], qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, [illegible], illégitimes, [illegible]. Total, [illegible]. — *Sexe féminin* : légitimes, 27 ; illégitimes, 1[illegible]. Total, [illegible].

Faculté de médecine de Paris. *Clinique d'accouchements* (chaire nouvelle). — On sait qu'une nouvelle clinique pour les accouchements va être installée à la [illegible], dans quelques baraquements qui seront construits sur l'emplacement [illegible]. C'est qu'actuellement le nombre des lits d'accouchement dont dispose l'Assistance publique est insuffisant, [illegible] d'accouchées doivent être envoyées chez des sages-femmes, où elles ne peuvent trouver ni l'agencement [illegible] ni la compétence des médecins [illegible]. [illegible] la Faculté de médecine [illegible] desservi à l'heure actuelle. [illegible] la clinique Baudelocque [illegible].

Clinique chirurgicale de la Charité. — M. le Dr [illegible], professeur agrégé, suppléant M. le Pr Trélat, a commencé ses leçons cliniques [illegible] et les continuera les mercredis et vendredis [illegible].

Faculté des sciences de Paris. — [illegible] la Faculté des sciences [illegible].

Faculté des sciences. — Sont nommés pour l'année scolaire [illegible] dans les Facultés [illegible] ci-après désignées, Faculté des sciences de Paris [illegible] ; [illegible], docteur ès sciences, physique ; [illegible] ; [illegible]. — Faculté des sciences de Marseille : M. [illegible]. — [illegible] pour l'année scolaire 1888-1889 [illegible]. — Faculté de Paris : M. [illegible]. — Faculté des sciences de [illegible]. — Faculté de Montpellier : M. [illegible]. — Faculté des sciences de Lille : M. [illegible]. — Faculté des sciences de Montpellier : MM. [illegible].

Faculté des sciences de Nancy : MM. Blondot, docteur ès sciences, *physique*. — Faculté des sciences de Toulouse : MM. [illegible], docteur ès sciences, *physique* ; Destrem, docteur ès sciences, *chimie* ; [illegible], docteur ès sciences, *zoologie*. — Faculté des sciences de Paris : MM. [illegible], docteur ès sciences, *[illegible]* ; Salet, docteur ès sciences, *chimie [illegible]*. — Faculté des sciences de Marseille : M. Jourdan, docteur ès sciences, *zoologie*. — Faculté des sciences de Bordeaux : M. [illegible], docteur ès sciences, *chimie industrielle*. — Faculté des sciences de Lyon : MM. Louis, docteur ès sciences, *[illegible]* ; [illegible], licencié ès sciences, *botanique* ; [illegible], docteur ès sciences, *astronomie*. — Faculté des sciences de Nancy : MM. [illegible], docteur ès sciences, *chimie [illegible]* ; [illegible], docteur ès sciences, *zoologie* ; Wohlgemuth, [illegible] ; [illegible], docteur ès sciences, *météorologie*.

Facultés et Écoles de médecine et de pharmacie. — Sont autorisés, pour l'année scolaire 1888-1889, des cours complémentaires dans les Facultés et Écoles supérieures ci-après désignées : Faculté de médecine de Nancy : MM. Schmitt, agrégé, *clinique des maladies syphilitiques et cutanées* ; Simon, agrégé, *clinique des maladies des enfants* ; Remy, agrégé, *[illegible]*. — École supérieure de pharmacie de Nancy : M. [illegible], pourvu du diplôme supérieur de pharmacien de 1re classe, *[illegible]*. — Faculté de médecine de Montpellier : M. [illegible], agrégé, *accouchements*. — École supérieure de pharmacie de Montpellier : MM. Massol, agrégé, *hydrologie [illegible]* ; [illegible], agrégé, *matière médicale*. — École de pharmacie de Paris : M. Villiers-Moriame, agrégé, *chimie [illegible]*. — Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux : MM. [illegible], agrégé, *chimie* ; Lefour, agrégé, *accouchements*. — Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille : MM. [illegible], agrégé, *accouchements* ; de Lapersonne, [illegible], *[illegible]*.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Les récompenses suivantes ont été décernées pour l'année scolaire 1887-1888 : *Troisième année* : prix, M. Coupry ; mention honorable, M. [illegible]. *Deuxième année* : prix, M. Pepin ; pas de mention honorable. *Première année* : prix, M. Laraze ; mention honorable, M. [illegible]. *[illegible]* : prix, M. Lespinasse ; pas de mention honorable. *Prix du Conseil général* (prix de 300 fr.) : M. [illegible].

Faculté de médecine de Lyon. — Les récompenses suivantes ont été décernées à la suite des concours de fin d'année. *Médecine.* Première année : prix, M. Roux (Jean) ; deuxième année : pas de prix ; mention honorable, M. Bourdin. Troisième année : prix, M. [illegible]. — *Pharmacie.* Première année : pas de prix ; mention honorable, M. [illegible]. Deuxième année : prix, M. Morgon. Troisième année : prix, M. Ducher.

Faculté de médecine de Montpellier. — *Résultats des concours de fin d'année scolaire de* 1887-1888. — Thèses de doctorat. [illegible] ont été conférés dans l'année 1886-1887. *Prix de fin d'année.* Concours de 1re année. Prix : M. Cazemajour. Mention honorable : M. [illegible]. Mention honorable, M. [illegible]. — Concours de 2e année. Prix : M. Sézary. Mention honorable, MM. [illegible] Soulier. — Concours de 3e année. [illegible]. — [illegible], M. le Dr Jeannel. — Prix de la [illegible], MM. les Drs Bosc et Estor.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Tourdes, doyen de la Faculté de médecine de Nancy, est nommé, à partir du 1er novembre 1888, doyen honoraire de ladite Faculté.

[illegible]. — *Faculté d'Erlangen* : M. [illegible] professeur extraordinaire. — *Collège de [illegible]* : M. [illegible] professeur de [illegible]. — [illegible] : M. W. [illegible]. — *Faculté de [illegible]* : M. O. [illegible], professeur de clinique chirurgicale.

École préparatoire de médecine et de pharmacie d'A[illegible]. — Un concours s'ouvrira le 18 mars 1889, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite École. [illegible] avant l'ouverture dudit concours.

École de médecine de Besançon. — Un concours s'ouvrira [illegible] pour l'emploi de professeur suppléant [illegible] à l'École de médecine de Besançon, [illegible] de M. [illegible].

École de médecine et de pharmacie de Caen. — M. Fayel-[illegible], agrégé, [illegible], est nommé pour une période de

neuf ans, suppléant des chaires de physique et de chimie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'AMIENS. — Un concours s'ouvrira, le 18 février 1889, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire d'Amiens. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LIMOGES.— M. BOUDET, docteur en médecine, ancien suppléant à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, est nommé professeur d'histoire naturelle à ladite école.

ASILES D'ALIÉNÉS. — Par arrêté du ministre de l'intérieur, en date du 8 août courant, M. le Dr CULLERRE, directeur médecin de l'Asile public d'aliénés de la Roche-sur-Yon, est élevé à la 1re classe de son grade.

NOMINATIONS. — M. le Dr CHERTIER vient d'être nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. *Légion d'honneur*.— Par un décret récent, M. le Dr L. H. PETIT, bibliothécaire-adjoint à la Faculté de Médecine de Paris, est nommé chevalier de la Légion-d'honneur.

EPIDÉMIES. — Les troupes italiennes qui se trouvent à Massouah sont atteintes, parait-il, par une petite épidémie assez rare. Un grand nombre de soldats sont porteurs du *Distomum hæmatobium*. — L'épidémie de *fièvre jaune* qui sévit en Floride, à Plant City, avec une grande intensité, a déterminé les Americains à brûler les maisons de la ville, d'ailleurs presque abandonnée. C'est évidemment là un moyen qui a l'air radical. L'est-il vraiment? Il reste à savoir si on devrait en faire autant ailleurs. En tous cas, la fièvre jaune cause une véritable panique à Jacksonville (Floride). Les routes conduisant vers le Nord sont encombrées de fugitifs que les cordons sanitaires empêchent de passer. On cherche à purifier l'air au moyen de grands feux dégageant des vapeurs de goudron et de soufre : hier, dans le même but, on a tiré le canon toute la journée. (*Temps* du 16 août).

ETUDIANTS JUIFS EN RUSSIE. — Depuis le 8 de ce mois, les étudiants de confession mosaïque ont cessé d'être admis à l'Université de Moscou.

INSTITUT NATIONAL AGRONOMIQUE. — Il est ouvert au budget du ministère de l'instruction publique et des beaux-arts, au titre de l'exercice 1888, un crédit extraordinaire de 700.000 fr. qui sera inscrit à la 2e section : Service des beaux-arts, à un chapitre portant le no 51 et intitulé : « Construction et installation des bâtiments de l'Institut national agronomique dans les locaux qui lui ont été affectés par décret du 23 decembre 1882. »

MÉDECINS-CONSEILLERS GÉNÉRAUX. — M. le Dr MILLET, républicain, a été nommé le 12 août conseiller général pour le canton de Saint-Fardoux-la-Rivière (Dordogne).

ERREURS MÉDICALES ET PHARMACEUTIQUES. — Un médecin qui se trompe dans son ordonnance, et un pharmacien, qui délivre la potion prescrite par erreur, sont-ils coupables, en cas d'accident, d'homicide par imprudence? Telle est la question que le tribunal de Châteaudun vient de résoudre affirmativement. Le Dr X... soignait un sieur Landier, alors à l'hospice de Cloyes et atteint d'une affection de poitrine. Par suite d'une erreur des plus regrettables, ce médecin, qui traitait son malade par le sulfate neutre d'atropine, poison des plus violents, rédigeait, à la date du 16 mars, une ordonnance par laquelle il prescrivait une potion composée de 1 gramme de ce sulfate et de 100 grammes de véhicule. Le pharmacien B... prépara et délivra la potion. Landier, ayant absorbé 3 grammes du médicament, mourut trois jours après, empoisonné. Le Dr X... a été condamné à 600 fr. d'amende et le pharmacien B... à quinze jours de prison et 100 fr. d'amende (*Temps*).

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — MM. J. J. PASSY, élève de l'école des sciences politiques, et J. PASSY, élève de l'école des Chartes, sont chargés d'une mission à l'effet d'étudier, au point de vue économique, anthropologique et scientifique, les îles Açores et en particulier l'île de San-Miguel.

PHARMACIES SCOLAIRES. — Des accidents inattendus se produisant parfois parmi les enfants des écoles, l'administration a reconnu l'utilité de placer dans ces établissements le matériel nécessaire aux premiers soins. A la rentrée, chaque école sera pourvue d'une petite pharmacie portative. L'atelier de menuiserie du magasin scolaire, fabriquera des coffres de bois blanc renfermant le strict nécessaire : alcool camphré, arnica, solutions phéniquées, ammoniaque liquide, bandes, compresses, charpie, ouate, etc. Ces différentes fournitures seront faites par la pharmacie centrale des hôpitaux. (*Bull. Méd.*)

REVUE SCIENTIFIQUE. — *Sommaire du numéro* 6 (14 août 1888). La vaccination devant le Conseil municipal de Paris. — Le monde de la mer et ses laboratoires, avec figures, par M. H. DE LACAZE-DUTHIERS (de l'Institut). — Les vins étrangers, par M. E. RATOIN. — La marine anglaise. — Causerie bibliographique. — Académie des sciences de Paris. — Informations, Correspondance et Chronique. — Inventions, Bibliographie et Bulletin météorologique.

TUBERCULOSE. *Un traitement nouveau*. — Un habitant riche de Berlin fait construire en ce moment, sur un terrain qu'il a acquis à cet effet, un batiment où les malades atteints de la tuberculose seront soumis à un traitement spécial. Le rez-de-chaussée du batiment, qui aura la forme circulaire, se composera d'étables contenant des centaines de vaches. Les malades occuperont les étages supérieurs, qui communiqueront avec le rez-de-chaussée ; le traitement consistera à faire respirer aux patients l'odeur des étables, qui leur arrivera par des conduites d'air spéciales. (*Temps*).

NECROLOGIE. — M. le Dr L.-E. MONGINOT, chevalier de la Légion d honneur, officier d'académie, décédé à Lunéville, à l'âge de soixante-trois ans. — M. le Dr POIRIER, professeur de pathologie interne et de la clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Gand.

Phthisie, Bronchites chroniques. —EMULSION MARCHAIS.

Dyspepsie. Anorexie. — Ces états pathologiques si fréquents et qui compromettent si gravement la nutrition sont rapidement modifiés par l'Elixir et pilules GREZ Chlorhydro-pepsiques (amers et ferments digestifs). Expériences cliniques de MM. Bouchut, Gubler, Frémy, Huchard, etc. Cette médication constitue le traitement le plus efficace des troubles gastro-intestinaux des enfants.

Dyspepsie. — VIN DE CHASSAING, —*Pepsine.* — *Diastase.*

Phthisie. *Vin de Bayard* à la peptone-phosphatée, le plus puissant reconstituant de la thérapeutique. Une à deux cuillerées par repas.

Albuminate de fer soluble (*Liqueur de Laprade*) le plus assimilable des ferrugineux (Pr Gubler). Une cuillerée à chaque repas. Chlorose et troubles de la menstruation, c'est le fer gynécologique par excellence.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie LECROSNIER et BABÉ, place de l'Ecole-de-médecine.

BAUMEL (L.). — Maladies de l'appareil digestif. Leçons faites à la Faculté de médecine de Montpellier. — Tome II. — Pathologie des annexes. Volume in-8 de 352 pages, avec 3 planches lithographiées. — Prix : 8 fr. — Les deux volumes. — Prix : 17 fr.

DUBRUEIL (A.). — Leçons de clinique chirurgicale. — Tome II, 3e fascicule. — Brochure in-8 de 66 pages. — Prix : 1 fr. 50.

FORT. — Atlas d'anatomie chirurgicale. Volume in-8 de 14 pages, avec 22 planches hors texte. — Prix : 35 fr.

HERVÉ (G.). — La circonvolution de Broca. — Etude de morphologie cérébrale. Volume in-8 de 165 pages, avec 10 figures et 4 planches hors texte — Prix : 6 fr.

KOENIG (F.). — Traité de pathologie chirurgicale spéciale. Traduit de l'allemand d'après la 4e édition, par J.-R. Comte, ouvrage précédé d'une introduction par le Dr Terrillon. — Tome I, 2e fascicule. Volume in-8 de 844 pages, avec 34 figures. — Prix : 7 fr. — Prix du tome I complet : 14 fr.

MIOT et BARATOUX. — Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et du nez. Troisième et quatrième parties : De l'hygiène de l'oreille. — Maladies de l'oreille externe, avec 32 figures intercalées dans le texte. Prix : 4 fr. — Les deux premiers fascicules. — Prix : 10 fr.

PÉCHOLIER (G.). — La thérapeutique tapageuse aux eaux minérales. Brochure in-18 de 28 pages.

ROSENTHAL (S.). — Des déformations de la cloison du nez et de leurs traitements chirurgicaux. Volume in-8 de 148 pages, avec 8 figures. — Prix : 3 fr. 50.

VIRY (Ch.). — Manuel d'hygiène militaire suivi d'un précis des premiers secours à donner en attendant l'arrivée du médecin. 2e édition revue et augmentée. Volume in-18 de 315 pages, avec 68 figures. — Prix : 4 fr. 50.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VIII. N° 34. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 25 AOUT 1888.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

L'hallucination dans ses rapports avec la fonction du langage ; — les hallucinations psycho-motrices ;

Par J. SEGLAS, médecin-suppléant de la Salpêtrière.

Parmi les aliénés qui entendent des voix intérieures, le langage de la pensée, il en est qui expriment nettement par la parole cette voix intérieure, la pensée de leur interlocuteur. Nous en empruntons un bel exemple à M. Motet (1) : « Mme X... entend à l'épigastre des voix qu'elle appelle des voix intérieures et qu'elle distingue très nettement des voix extérieures. Celles-ci, elle les reconnait : ce sont la voix du père X..., la voix de sa fille aînée, celle de son fils; elles lui parlent, elle les écoute; celles-là, c'est la parole prononcée sans bruit, mais si distincte, qu'elle est obligée de répéter les mots qu'on lui impose, mots orduriers, obscènes, qui la révoltent et que jamais les voix extérieures n'auraient prononcés. »

Griésinger (2) rapporte un fait du même genre :

« ... Trois ans après le premier début de la maladie, C. S. commença à entendre parler en elle. A dater de ce moment, il lui vint des pensées, et elle dit des mots qu'elle n'avait pas l'intention de dire et qu'elle exprima bientôt avec une voix qui différait de sa voix ordinaire. »

Une de nos malades, qui a des voix épigastriques, parle la plupart du temps en même temps qu'elles. « Il y en a qui viennent parler dans la bouche et qui obligent la langue à remuer : mais la bouche reste fermée et il ne sort aucun son. Je comprends ce que les voix disent aux mouvements de la langue, sans prononcer rien ni haut, ni bas. » D'autres fois, elle prononce les paroles à voix basse ou même à voix haute. Elle dit que par moments la voix intérieure ne s'accompagne pas de phénomènes de ce genre, mais pour nous ils passent inaperçus. Ainsi, devant nous, elle entend deux voix intérieures qui conversent. L'une dit : « Il est une bête », l'autre répond : « Non, il n'est pas une bête ». Or bien que la malade dise que cette dernière phrase seule ait été articulée en même temps par elle-même à voix basse, nous avons très nettement entendu les deux phrases prononcées à voix basse sur le même ton, sans aucune différence. Nous avons maintes fois constaté ce fait. Elle entend aussi les angéliques rire dans son estomac et en même temps elle rit elle-même. D'un autre côté, quelques-uns de ses interlocuteurs s'exprimaient par sa bouche et lorsqu'elle parle, elle distingue sa voix des autres (celle de Dieu, de son père), dont le timbre, l'intonation sont différents. Souvent aussi elle dit à voix basse des mots qui ne sont pas d'elle, car ils ne s'accordent pas, dit-elle, avec ses idées habituelles. Notons encore un fait qui nous semble tout en faveur de l'explication que nous proposons, c'est que cette malade nous paraît appartenir à ce qu'on appelle le type moteur. On peut en juger par cette phrase qu'elle nous dit un jour : « Je ne puis pas penser bas, cela m'étouffe, et il me faut parler soit bas, plus souvent tout haut, quand je pense ». Ici, comme dans ses conversations intérieures, le mécanisme psychologique est le même : la seule différence réside en cela que le caractère de subjectivité du phénomène, reconnu dans une circonstance, est méconnu dans l'autre.

Une conséquence de cet état est un véritable dédoublement de la personnalité, dédoublement subjectif bien différent du faux dédoublement par écho de la pensée, qui n'est qu'une sorte de dédoublement objectif.

Il peut arriver que les choses se passent d'une façon moins évidente. L'articulation des mots qui accompagnent la voix intérieure, au lieu d'être faite à voix haute, peut l'être à voix basse. M. Baillarger (1) tout en en donnant une interprétation différente, a déjà lui-même noté ce phénomène : Quelques malades ont, dit-il, une sensation auditive bien réelle, mais tout à fait différente des perceptions sensorielles des hallucinés. Je veux parler des aliénés qui, en même temps qu'ils croient entendre parler à l'épigastre, prononcent eux-mêmes des mots la bouche fermée et comme le font les ventriloques. Les sons le plus souvent sont si faibles que le malade seul les perçoit... Dans ces cas analogues, il ne saurait y avoir de doute. L'hallucination consiste évidemment à entendre des paroles que les malades prononcent très bas, à leur insu et la bouche fermée, et qui semblent en effet sortir de la poitrine et de l'épigastre. Les aliénés méconnaissent alors leur propre voix comme on la méconnait dans les rêves. »

Dans ces faits, où les choses sont encore moins accentuées, la parole n'est pas articulée ni haut ni bas, mais les voix intérieures s'accompagnent seulement de mouvements dans les organes nécessaires à l'articulation des mots. Nous donnerons comme exemple le malade de M. Charcot, cité par M. Ballet (p. 64), qui avait des voix extérieures et intérieures : « La langue de M. X... se meut, malgré lui, au moment où parle la voix intérieure... Je ne crois pas, ajoute M. Charcot, que les voix intérieures, quelque intenses qu'elles aient pu être, aient jamais été accompagnées chez M. X... de mouvements de la langue. » Un malade de M. Baillarger, pendant ses conversations mentales, remuait un peu les lèvres (p. 413).

Une de nos malades, atteinte du délire des persécutions, entend aussi des voix extérieures et intérieures. Quand ce sont les voix intérieures qui parlent, elle a dans la bouche la sensation d'un effort comme si elle voulait parler, mais « ça ne sort pas », dit-elle.

Une autre, également persécutée, et qui accuse les mêmes symptômes, ajoute : « C'est comme si je me parlais à moi-même. »

Il nous semble donc qu'en somme, dans tous les cas, les hallucinations psychiques ne soient que des hallucinations psycho-motrices intéressant le centre du langage articulé.

Mais, nous dira-t-on, cette explication ne peut s'appliquer à tous les cas, car il est des malades chez lesquels on ne constate pas nettement ces phénomènes d'ordre moteur. A cela nous répondrons que l'étude de

(1) Motet. — *Dict. de Jaccoud*. Art. hallucinations, p. 181.

(2) Griesinger. — Maladies mentales. Trad. franç. de Doumic, 1865, p. 286.

(1) Baillarger. — Des hallucinations, 1846, p. 406.

ces hallucinations est toujours des plus difficiles : et comme le dit justement M. Motet, un grand nombre de ces malades dont l'intelligence a toujours été peu active, ou s'est affaiblie, ne peuvent rendre un compte exact de ce qu'ils éprouvent. Aussi a-t-on beaucoup de peine à constater l'existence de l'hallucination psychique dans ces cas divers? » Que dira-t-on dès lors de l'observation des symptômes minutieux qui peuvent mettre sur la voie du mécanisme psychologique. D'un autre coté, il est encore possible que chez certains de ces malades, ils n'existent qu'à l'état faible de représentations mentales, sans aller jusqu'à l'hallucination. Aussi, nous ne pouvons guère que déduire nos conclusions des faits que nous observons sur des malades chez lesquels les phénomènes en question sont plus accentués, ou qui plus intelligents et plus instruits, les analysent mieux dans tous leurs détails.

D'ailleurs même dans les cas où l'examen d'un malade ne semble pas donner raison à notre théorie, il est quelquefois certains faits plus ou moins voisins qui militent cependant en sa faveur. Une femme d'ailleurs peu intelligente que nous avons observée et qui avait des voix épigastriques, assure que ni ses lèvres, ni sa langue, ne remuent quand elle les entend, mais que « cependant c'est comme si c'était elle qui parlait » ; et à côté de cela, elle ajoute que l'esprit qui lui parle à l'épigastre, la fait parler malgré elle.

Une autre de nos malades qui a des voix intérieures, nous dit qu'elle ne les entend pas dans l'oreille, mais « ce sont des *mouvements* qui se font en moi qui me disent tout cela, tantôt dans la tête, tantôt de la poitrine. » Elle dit ne rien sentir dans la langue, les lèvres, la gorge quand elle entend la voix intérieure. Mais par moments on la voit l'œil fixe, attentive, fermer les lèvres et prononcer des mots indistincts. Elle les répète ensuite tout haut en disant que c'est la voix intérieure qui vient de parler. Cela se présente parfois, lorsqu'on l'interroge, au milieu de ses réponses qui se trouvent ainsi interrompues. — Quelquefois, ajoute-t-elle, je suis obligée de parler tout à fait ma pensée et je cause toute seule tout le temps. Autrefois, je pensais sans parler. » Elle n'avait d'ailleurs pas à cette époque de voix intérieures.

Aussi pensons-nous que les cas en apparence négatifs, sont loin d'être contradictoires, et nous pourrions presque résumer ce que nous venons de dire par ces paroles textuelles d'une de nos malades : « Quand je pense, je ne puis le faire sans parler, autrement cela m'étouffe. Aussi faites attention, même lorsque je ne parle pas haut, vous verrez toujours mes lèvres remuer, mais plus encore quand j'entends les voix épigastriques. »

M. Baillarger d'ailleurs (loc. cit. p. 422) dit aussi que « à part le délire, l'état intellectuel des malades qui ont des hallucinations psychiques diffère peu de celui des personnes qui ont l'habitude de parler seules, à leur insu; et il est probable que la cause immédiate des deux phénomènes est la même. »

Mais il reste encore un centre de la fonction langage, celui des mouvements de l'écriture ; et quelqu'étrange que cela puisse sembler au premier abord, lui aussi peut être le siège de phénomènes analogues à ceux que nous venons d'étudier. Une malade adepte des idées d'Allan Kardec dont nous avons parlé plus haut, qui avait des voix épigastriques et qu'un esprit faisait parler malgré elle, écrivait aussi malgré elle. En écrivant, l'esprit lui donne la pensée par l'estomac comme s'il dictait : elle sent qu'on lui prend la main et elle ressent dans cette main comme un fluide froid ; [illegible] malgré elle toute seule, elle n'a qu'à tenir la plume. L'écriture change à chaque fois ; elle écrit ainsi, dit-elle, de la ronde et demi-ronde qu'elle ne sait pas et signe d'un nom qui n'est pas le sien. Quand elle écrit elle-même elle ne sent pas sa main prise et apprécie la différence.

Comment interpréter ce fait? Tout en faisant la part de l'altération de la volonté, il nous semble alors rationnel de supposer que la pensée de la malade prend corps surtout au moyen des images graphiques qui dans ce cas acquièrent une intensité suffisante pour s'extérioriser sous forme de mouvements nécessaires pour tracer les signes graphiques qui sont la traduction matérielle de la pensée.

On trouvera de nombreux exemples analogues dans les traités du spiritisme, et notre malade présente à la fois certains caractères de ce qu'on y trouve désigné sous le nom de *medium écrivain automatique*, qui écrit en quelque sorte en dehors de sa volonté et de *medium écrivain intuitif*, qui entend « dans le cerveau » une voix qui lui dicte ce qu'il écrit.

Nous voyons donc qu'en somme l'hallucination peut intéresser dans tous ces centres la fonction du langage : et que dès lors aux points de vue de ses rapports avec cette fonction on pourrait distinguer des hallucinations de deux ordres : 1° psycho-sensorielles ; 2° psycho-motrices. Par la première appellation et sans vouloir dire qu'il y ait là deux éléments dans la constitution de l'hallucination, nous désignerons seulement celles qui prennent naissance dans les centres psycho-sensoriels corticaux; les autres étant dues à une excitation, analogue des centres psycho-moteurs de l'écorce. Si l'on admet avec Schröder, van der Kolth, Kahlbaum, Hagen, Kopp, Jolly, Hoffmann, Tamburini, que la cause fondamentale des hallucinations du premier genre est un état d'excitation des centres sensoriels de l'écorce; les phénomènes psycho-moteurs nous paraissent bien rentrer dans la classe des hallucinations. Dans les deux cas, en effet, nous assistons simplement à l'extériorisation d'une image vive; provoquant en raison même de sa localisation et de sa nature une sensation ou un mouvement. Le mécanisme cérébral est le même, seule la traduction au dehors diffère à cause des questions différentes des organes qui sont en jeu.

On pourra si l'on veut ranger plus particulièrement sous le nom d'impulsions les cas dans lesquels il y a en plus une altération primitive de la volonté, nous avons rapporté ces phénomènes surtout à cause de leur analogie avec les autres et pour en faire mieux saisir le mécanisme. Mais il nous semble qu'on peut donner à juste titre le nom d'hallucinations aux phénomènes désignés par M. Baillarger du nom d'hallucinations psychiques et que nous appellerons volontiers, en nous plaçant au point de vue du rapport des hallucinations avec la fonction du langage les *hallucinations verbales psycho-motrices*.

Une remarque assez curieuse c'est que dans les affections mentales où ces deux ordres d'hallucinations existent, elles apparaissent en suivant une marche parallèle à celle de la formation du langage. L'enfant entend le son d'une cloche, le différencie en y associant l'image auditive du mot cloche, prononcé à son oreille, dont il n'acquiert qu'ensuite l'image motrice. Le persécuté de son côté entend d'abord des sons indistincts, (hallucination auditive commune), puis des voix différentes (hallucinations verbales auditives), et n'arrive que plus tard à avoir des voix intérieures (hallucinations verbales psycho-motrices).

D'un autre côté, on pourrait reproduire ici les distinctions établies à propos des aphasies, suivant que les centres du langage sont atteints isolément ou simultanément. Jusqu'ici nous ne nous sommes occupés que de la première question; mais on sait que si « l'indépendance des différents centres peut être réelle chez certains individus et à un certain âge; ils n'en ont pas moins, comme le fait remarquer M. Ballet, des relations étroites entr'eux : ils s'influencent réciproquement les uns les autres à des degrés variables suivant les personnes... Le centre qui est le plus intimement relié au centre auditif est celui du langage articulé. Cela se comprend aisément puisque quand nous apprenons à parler nous ne faisons que répéter ce que nous entendons. La pathologie met d'ailleurs bien en relief ces relations réciproques des deux centres et par conséquent des deux ordres d'images qui y sont emmagasinées. » J'ajouterai que, pour ma part, j'ai pu maintes fois constater sur moi-même l'association des images auditives et motrices. Ainsi lorsque je pense à un morceau de musique vocale, j'ai d'abord la représentation mentale des mouvements nécessaires à l'émission des différents sons et ce n'est que secondairement que se trouve éveillée chez moi l'image auditive. De même que la perte des images auditives entraine des troubles marqués dans le rappel les images motrices d'articulation, de même une hallucination verbale auditive peut provoquer une hallucination verbale motrice et réciproquement (1). Le malade de M. Charcot, en même temps que sa langue remuait, entendait sa voix intérieure qui avait moins de timbre que l'extérieure.

Une de nos malades présentait nettement le même phénomène et entend ses voix épisgastriques et distingue cependant parfaitement les deux sortes de sensations auditives, et il nous semble qu'un certain nombre des aliénés ayant les hallucinations dites psychiques entendent réellement : les voix ont peut être moins de timbre, sont moins distinctes, mais il y a cependant hallucination. D'autrefois l'image auditive peut n'être pas assez vive pour s'extérioriser sous forme d'hallucination, mais peut cependant etre éveillée : et c'est peut être pour cela que les malades, fixant surtout sur ce point leur attention, disent qu'ils entendent la pensée, qu'ils ont des voix intérieures. Tandis que certains d'entr'eux présentent nettement les troubles psycho-moteurs que nous avons signalés, sans troubles auditifs constatables, d'autres présentent les deux ordres de symptômes associés, l'un ou l'autre pouvant prédominer. D'autres enfin n'ont peut être qu'une image auditive ou une image motrice, associées ou non, mais à l'état faible de simple représentation mentale.

Nous terminerons cet exposé par les conclusions suivantes :

1° En dehors des hallucinations visuelles et auditives communes, il y a, si l'on considère les rapports de l'hallucination avec les centres du langage, des hallucinations verbales, visuelles et auditives. — Ces hallucinations sont des hallucinations psycho-sensorielles en raison des fonctions des centres qu'elles intéressent.

2° Les centres moteurs du langage peuvent être le siége des phénomènes du même genre : parmi lesquels nous distinguerons les impulsions verbales dans le cas où en plus il y a lésion primitive de la volonté et les hallucinations verbales psycho-motrices proprement dites.

3° Les hallucinations dites psychiques comprendraient le plus souvent un élément moteur. On pourrait les classer en trois groupes. Les unes serait des hallucinations verbales motrices pures.

Les autres comprendraient en même temps un élément sensoriel et seraient à la fois et dans des proportions diverses auditives verbales et motrices.

Enfin dans les cas où ces phénomènes ne sont pas apparents, il faut remarquer qu'ils peuvent exister cependant sans que l'état mental particulier du malade permette de les constater, ou qu'ils restent peut être à l'état faible de simples représentations mentales auditives ou motrices associées ou non sans aller jusqu'à l'hallucination vraie.

CLINIQUE MÉDICALE

Un cas de pneumonie chez une femme enceinte, avec rechute. — Accouchement prématuré — Guérison de la mère. — Enfant né à 7 mois, élevé à la couveuse et bien portant.

Par le Dr VERLET (Vasles, Deux-Sèvres).

Madame G..., fermière, n'ayant pas eu d'enfant, est âgée de 24 ans. Ses antécédents héréditaires sont nuls. Réglée à 16 ans elle n'a jamais eu une mentruation régulière. Elle est d'une constitution lymphatique, a toujours joui d'une bonne santé, et ses antécédents morbides se réduisent à une fausse couche de deux mois, qui remonte à trois ans; il y avait alors sept mois qu'elle était mariée.

Le 20 juin 1887, Madame G... voit ses règles pour la dernière fois et devient enceinte. Sa grossesse suivait un cours normal, lorsque le 29 janvier 1888 à la suite d'un refroidissement (la nuit précédente, elle était descendue de son lit, et, sans avoir pris la précaution de se bien couvrir, était sortie dans sa cour), elle éprouve dans la journée un malaise accompagné de frissons. Dans la nuit elle ressent un peu de fièvre. Le lendemain ces symptômes persistent, toutefois assez peu intenses, puisque la malade continue ce jour là à vaquer à ses occupations. Ce n'est que dans la soirée seulement qu'elle est prise d'un violent frisson qui l'oblige à se mettre au lit. Elle se plaint en outre d'un point de côté au niveau du sein gauche, et elle tousse un peu de temps en temps.

Pour la première fois je vois la malade le 31 janvier. Elle présente tous les signes d'une pneumonie lobaire aiguë siégeant au côté gauche. Matité à la percussion au niveau de la fosse sous-épineuse. En ce même point on entend un souffle intense avec des bouffées de râles crépitants. Violent point de côté. Dyspnée. Crachats plus que rouillés, fortement colorés par le sang. Le thermomètre marque 38° 8; le pouls est à 120. Comme traitement je prescris un vésicatoire, une potion à l'extrait de quinquina. Je n'ose donner une potion kermétisée, craignant de provoquer des vomissements que je redoute à cause de l'état de grossesse.

Le lendemain je constate le même état. Dans la matinée du 3 février, rien de particulier. Je vois la malade avec M. le docteur Gaillard, de Parthenay. La pneumonie a une allure normale. Les symptômes fournis par l'auscultation et la percussion sont ceux de la veille. Le thermomètre donne 38° 7, le pouls bat à 128 pulsations. Du côté de l'utérus aucune complication ne parait imminente. La malade ne se plaint pas de la moindre colique. On perçoit très nettement les battements du cœur de l'enfant. Au traitement déjà prescrit, nous ajoutons une potion contenant : 0.20 centigrammes de kermès, Sirop simple, 30 grammes, Eau, [illegible] gr., dont la malade doit prendre une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

Bien que, lors de notre visite, le docteur Gaillard et moi nous n'ayons trouvé aucun signe qui nous révélât que l'accouchement prématuré était à craindre, nous n'étions point cependant rassurés à ce sujet, sachant combien il est fréquent de voir la grossesse interrompue chez une femme enceinte atteinte de pneumonie. Aussi la famille fut-elle prévenue de ce qui pouvait survenir, et j'insistai pour qu'on vint me chercher, si la malade était prise de coliques. Nos prévisions ne tardèrent point à se réaliser. Dans la soirée même je suis averti que Madame G... souffre dans le bas-ventre, que ses douleurs sont intermittentes et se manifestent toutes les demi-heures environ.

J'arrive à dix heures du soir près de la malade et je trouve tous les symptômes d'un accouchement. Le col est dilaté. L'ori-

fice a les dimensions d'une pièce de un franc et la poche des eaux bombe sous le doigt pendant les douleurs. A trois heures l'accouchement est terminé, n'ayant présenté rien de bien intéressant, si ce n'est que la malade accoucha presque sans s'en apercevoir, si faibles ont été les douleurs d'expulsion. La délivrance faite, je fais un lavage de l'utérus avec un litre d'une solution à 3 0/0 d'acide borique. Cet organe revient bien sur lui-même et l'accouchée ne perd que fort peu de sang.

Après cette complication je craignais de voir, comme malheureusement on le constate souvent, l'état s'aggraver. Il n'en fut rien, par bonheur. La température, le matin de l'accouchement, était (chose curieuse) de 37° 5 et le soir de 37°. Je comptais 100 pulsations au pouls. Les signes stéthoscopiques étaient les mêmes que les jours précédents. Bien que la malade présentât des plaques confluentes de muguet, son état, somme toute, était assez satisfaisant.

Le lendemain et les jours suivants la pneumonie suivit une marche régulière et ne présenta rien de particulier. La température oscilla entre 38 et 38°,5 et le pouls entre 100 et 110 pulsations.

Six jours après l'accouchement, c'est à dire neuf jours après l'apparition de la pneumonie, la défervescence s'effectuait. La température tombait à 37°,5 et le pouls à 66. Le souffle était moins intense; on percevait dans la poitrine des râles de retour. La langue était humide, rosée et l'appétit revenait. En présence de ses symptômes d'amélioration, j'espérais sous peu pour la malade un retour complet à la santé.

Les 10, 11 et 12 février, le mieux s'était encore accentué. Mme G... *se trouvait bien, mangeait avec appétit, n'avait point de fièvre et ne toussait pour ainsi dire plus*; je lui permis même à cette époque de se lever quelques heures dans l'après-midi, tout en lui recommandant, bien entendu, de ne point quitter la chambre et d'éviter toutes causes de refroidissement. Toutefois, l'auscultation révélait encore au niveau de la fosse sous-épineuse un souffle bien limité et assez intense, accompagné de râles sous-crépitants. Mais ces signes, étant donné l'état général de la malade, ne laissèrent point d'inquiétude. La résolution lente d'une pneumonie n'est point en effet chose rare. Grisolle, sur 103 cas de pneumonie, l'a notée 66 fois. J'étais donc dans la sécurité la plus complète au sujet de ma malade.

Le 16 février, c'est-à-dire 17 jours après le début des accidents, je revins la voir; elle était levée. La fièvre avait disparu ainsi que la toux; mais je constatai toujours du souffle au niveau de la fosse sous-épineuse. En la quittant, j'étais loin de penser que je serais obligé de lui donner sous peu mes soins pour une seconde pneumonie; c'est pourtant ce qui arriva.

Le 18 février, après une période de huit jours écoulée sans que Mme G. présentât de la fièvre, elle fut prise de nouveau d'un frisson. La température s'éleva à 39 et le pouls à 108 pulsations. D'un autre côté, je constatai du côté gauche, dans le point où avait évolué la première pneumonie, de la matité, du souffle et des râles crépitants. La dyspnée apparaît de nouveau. Manifestement j'étais en présence d'une nouvelle pneumonie, siégeant au même point que la première.

Le lendemain, la malade eut des crachats rouillés. Le souffle avait envahi le tiers moyen du poumon gauche. La température se maintint assez élevée :

T. M. = 39°,5. T. V. = 38°,5.
P. M. = 134. P. = 92.

Cette seconde pneumonie se comporta normalement, et le 24 févr., 6 jours après son début, elle entrait en voie de résolution.

Mme G. a eu une convalescence assez longue; mais, aujourd'hui (25 juillet 1888), elle a recouvré toute sa santé et sa vigueur primitive.

Cette observation, qu'il m'a paru intéressant de publier à cause du fait assez rare qu'elle nous met sous les yeux, à savoir un cas de rechute de pneumonie, vient en outre confirmer les notions qui découlent des observations de pneumonie chez les femmes enceintes, citées par Grisolle, Bourgeois, Wernich, Rieau, Coli, et la plupart des accoucheurs.

Dans le cours de cette observation, nous n'avons point parlé de l'enfant; nous n'avons point mentionné s'il était né vivant ou mort. C'est à dessein que nous avons passé sous silence cette seconde partie de notre observation, nous réservant d'y revenir maintenant.

L'enfant est né vivant; il avait environ 7 mois et pesait 1,865 grammes. Ayant encore tout frais à la mémoire les résultats merveilleux que j'ai vu obtenir avec la couveuse pour l'élevage des enfants atteints de faiblesse congénitale, pendant que j'avais l'honneur de suivre à la Pitié le service d'accouchement de M. le Dr Maygrier, je résolus de placer le nouveau-né dans un appareil de ce genre. Je craignais bien de rencontrer de la part de la famille de sérieuses difficultés. Le pauvre médecin de campagne ne réussit pas toujours facilement, en effet, à faire adopter à ses malades les nouvelles méthodes de traitement, alors que, persuadé de leur supériorité sur les anciennes, il cherche à les convaincre de leur efficacité indubitable. Heureusement, cette fois, j'eus affaire à des gens intelligents et je pus mettre à exécution mon projet.

Je fis construire une boîte (je n'avais point alors lu les derniers travaux de Tarnier, de Budin et de leurs élèves sur ce sujet), en m'inspirant aussi exactement que me le permettaient mes souvenirs, des couveuses que j'avais vues dans le service du Dr Maygrier et qui n'étaient que des spécimens de la nouvelle couveuse Tarnier.

La boîte que je fis construire était une reproduction assez exacte de cette couveuse. Toutefois, elle avait des dimensions un peu plus grandes, et, au lieu du seul orifice qui dans la couveuse Tarnier est destiné à laisser échapper l'air, après qu'il a parcouru l'appareil, elle était pourvue de quatre ouvertures de diamètre plus petit, disposées sur une même ligne, et s'étendant sur la bande de bois qui constitue une partie du couvercle.

Quant au moyen de chauffage j'ai employé deux bouillottes en zinc, contenant chacune environ douze litres d'eau, et qu'il suffisait de remplir alternativement toutes les trois heures pour obtenir la température que nous désirions, c'est-à-dire de 30 à 35 degrés centigrades.

L'enfant fut placé dans la couveuse emmailloté et le corps couvert d'ouate; il reposait sur un coussin de plume que supportait la cloison horizontale.

Toutes les deux heures, on le retirait de sa couveuse pour lui faire sa toilette et l'alimenter, en ayant soin de le mettre près d'un bon feu et de ne le laisser hors de sa couveuse que le temps nécessaire. L'alimentation donnée à l'enfant fut l'allaitement direct par une nourrice.

Comme la tempétature à cette époque de l'année etait basse et que l'appartement dans lequel se trouvait l'enfant ne pouvait être que mal chauffé, je l'ai laissé dans sa couveuse plusieurs mois, et cela d'autant plus volontiers qu'il paraissait parfaitement s'accommoder de son séjour dans cet appareil. Placé au commencement de février, alors qu'il ne pesait que 1,865 grammes, il en fut retiré le 27 avril, avec le poids de 3 kilogrammes 220 grammes.

Pesées de l'enfant pendant son séjour dans la couveuse.

FÉVRIER		MARS		AVRIL	
Dates	POIDS	Dates	POIDS	Dates	POIDS
9	1 k. 865 gr.	2	[illegible] k. [illegible]20 gr.	2	2 k. 615 gr.
11	1 870	4	1 975	4	2 670
13	1 880	6	1 990	6	2 745
15	1 890	8	2 »	8	2 820
17	1 910	10	2 045	10	2 835
19	1 [illegible]	1[illegible]	2 185	12	2 845
21	1 905	1[illegible]	2 2[illegible]	14	2 915
23	1 910	17	2 300	16	2 995
25	1 915	1[illegible]	2 320	18	3 025
27	1 [illegible]15	21	2 [illegible]10	20	3 055
29	1 965	23	2 370	22	3 120
		25	2 4[illegible]5	27	3 220
		27	2 500		
		29	2 5[illegible]		
		31	2 [illegible]		

A l'heure actuelle, c'est un superbe bébé, plein de vie, dont la santé est des plus florissantes.

Je joins à mon observation un tableau présentant les différentes pesées de l'enfant pendant son séjour dans la couveuse.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De la Saccharine

La *Saccharine* ou *Sucre de houille*, a été depuis quelques années l'objet de travaux nombreux (1). Ce corps fut découvert en 1879 par Fahlberg (2), professeur de chimie à Baltimore (États-Unis et par Remsen (3). C'est par l'oxydation des crésylsulfamides, sur lesquels ces auteurs faisaient des recherches, qu'ils obtinrent un corps peu soluble d'une saveur très sucrée, auxquels ils donnèrent le nom de *Saccharine*.

Péligot et Scheibler avaient antérieurement attaché ce nom à un corps cristallisé, mais de goût amer, qu'ils avaient obtenu en faisant agir la chaux sur la glycose et sur la lévulose. Il va de soi que ces deux homonymes n'ont rien de commun au point de vue de leur composition chimique (4).

La *préparation* de la saccharine est très compliquée. De nombreuses recherches pour la simplifier ont été faites par les inventeurs, afin de diminuer le prix de revient de ce corps, qui pourrait être appelé à jouer un rôle important dans l'industrie sucrière. Actuellement on retire la saccharine du goudron de houille, dont on extrait un hydro-carbure, le toluol, qui a pour formule $C^6H^5CH^3$. Voici, d'après le mémoire de M. Girard, lu à la *Société de médecine publique*, le 27 juin 1888, la série des opérations par lesquelles il faut passer. Le toluol est d'abord traité par l'acide sulfurique à une température qui ne doit pas dépasser 100°. On obtient ainsi les deux acides Crésylsulfureux isomériques, ortho et para. On sature le mélange par la chaux et on transforme les sels de calcium ainsi obtenus en sels de sodium. On évapore et on dessèche avec soin. Puis on traite par le perchlorure de phosphore, en faisant agir en même temps un courant assez rapide de chlore gazeux et sec et en agitant la masse. Il se forme ainsi de l'oxychlorure de phosphore que l'on chasse par distillation. Il reste alors des sulfochlorures de toluène, que l'on laisse refroidir. Le sel para cristallise ; le sel ortho reste liquide et est séparé à l'essoreuse. Ce dernier seul sert à la préparation de la saccharine. On le traite par le gaz ammoniac ou on y ajoute du carbonate d'ammoniaque : il se produit alors de l'ortho-crésylsulfamide, peu soluble, qu'on purifie par des lavages destinés à enlever le chlorhydrate d'ammoniaque. L'ortho-crésylsulfamide est ensuite oxydé au moyen du permanganate de potasse en solution étendue ; on sature avec un acide l'excès d'alcali qui se forme par la décomposition du permanganate de potasse. On filtre, pour séparer l'hydrate de manganèse, et on obtient ainsi l'ortho-sulfobenzaminate de potassium

$$C^6H^4 \left\langle \begin{matrix} SO^3K \\ CO \end{matrix} \right\rangle AzH$$

que l'on décompose par un acide minéral. L'acide mis en liberté, perd de l'eau et devient *anhydro-ortho-sulfimino-benzoïque*, ou *sulfimide benzoïque ou benzosulfimide*, tous synonymes de *saccharine*, dont la constitution chimique est représentée par la formule

$$C^6H^4 \left\langle \begin{matrix} CO \\ SO^2 \end{matrix} \right\rangle AzH \ (1).$$

L'industrie a déjà adopté une méthode moins couteuse, en substituant au permanganate de potasse, le bioxyde de plomb et la vapeur d'eau comme oxydants. Le sel plombique de saccharine que l'on obtient ainsi est traité par l'hydrogène sulfuré qui précipite le plomb et laisse dans le liquide le produit recherché.

Quant à ses *propriétés physiques*, la saccharine se présente sous forme d'une poudre blanche, pulvérulente, très mobile, adhérant aux doigts ; elle a une odeur d'essence d'amande amère à peine sensible à froid, mais qui se prononce davantage quand on la chauffe aux environs de 200°. Elle cristallise sous forme de petits prismes courts et épais. Vers 118° à 120°, elle entre en fusion ; vers 150°, elle se volatilise et vers 200° elle se décompose, au moins partiellement, en donnant des vapeurs blanches d'acide benzoïque.

La saccharine est surtout caractérisée par le *goût sucré extrêmement intense* qu'elle peut communiquer à diverses substances et qui est encore sensible à la dilution de 1 pour 70.000. On estime à 280 fois le pouvoir sucrant de la saccharine par rapport au sucre de canne. Cependant, la sensation gustative n'est pas absolument analogue ; en effet, elle persiste plus longtemps, est moins agréable ; elle est souvent suivie d'un arrière-goût amer et d'une impression de sécheresse de la gorge. Toutefois, en solution étendue, cette différence est bien atténuée, et, dans ses recherches, M. Worms a rencontré nombre de personnes qui ne faisaient aucune distinction entre deux verres d'une solution, renfermant l'une 14 grammes de sucre et l'autre 5 centigrammes de saccharine ; celles qui y trouvaient un arrière-goût particulier sont l'exception. On a remarqué que les insectes savent parfaitement distinguer la saccharine du sucre et qu'ils dédaignent les substances édulcorées à la saccharine : en effet, on a observé que les guêpes, dans les boutiques de pâtisserie, ne touchaient pas aux gâteaux à la saccharine et que les abeilles avaient de la répulsion pour ce corps. La

---

(1) Voici les principales revues d'ensemble parues sur ce sujet aussi intéressant que nouveau : *Union médicale*, 1886, n° 140, p. 625. — *Buffalo medical Journal*, n° 3, oct. 1887. — Vigier : *Gaz. hebd.*, 1886, n° 47. — Dujardin-Beaumetz : *Rapport au Conseil d'hygiène publique de la Seine*, 1888. — *Journal de médecine de Paris*, 15 juill. 1888, p. 73. — *Journal d'hygiène de Paris*, 1888, n° 605, 615, 617. — *Gaz. méd. de l'Algérie*, 30 juillet 1888. — *Medical Press and Circular*, 11 juillet 1888. — *Revue de clinique et de thérapeutique*, 5 janv. 1888. — *Progrès médical*, n° 20, 1888, etc., etc. — Voyez surtout Girard : *Rev. scient.*, 7 juill. 1888. Plus un grand nombre d'articles récents dans les journaux quotidiens (*Temps*, etc.).

(2) Fahlberg. *American chemical Journal*, VI, p. 170.

(3) *Berichte der d. ch. Gesellsch.*, Berlin, XII, p. 469.

(4) En réalité, il y a plusieurs corps qui peuvent être confondus avec la Saccharine de Fahlberg ou Sucre de houille. C'est d'abord : 1° la *Saccharine de Péligot*, dérivé de la Lévulose :

CH³ — C (OH) — CH.OH
|
CO² — CH — CH². OH.

2° puis l'*Isosaccharine de Cuisinier*, dérivé de la Dextrose :

CH². OH — C (OH) — CH²

CH. — CO² — CH-OH

3° Enfin la *Métasaccharine de Kiliani* (1882).

Ces trois corps, bien étudiés par Kiliani, font partie de la grande famille des *Sucres* et sont les dérivés d'hydrates de carbone, de la glycose ; ils ont la même composition centésimale que l'amidon (Voir *Rev. scient.*, n° 4, 28 juillet 1888). Marc B.

(1) Ne pas oublier que les étrangers adoptent le symbole N et non pas Az pour désigner l'Azote.

saccharine est soluble. Elle l'est peu dans l'eau froide ; un litre d'eau n'en dissoudrait qu'à 2 gr. 50 environ ; d'après Salkowski (1), il faudrait 648 parties d'eau pour dissoudre une partie de saccharine ; mais elle l'est davantage dans l'eau bouillante. Elle est soluble dans l'alcool froid, et d'autant plus que l'alcool est plus concentré, avec un maximum toutefois à 80° (Girard). L'éther en dissout 0,46 0/0 et l'enlève de ses solutions aqueuses. Il en est de même du pétrole, de la glycérine, du sirop de glycose, de l'acétone, etc.

Etudions maintenant les *propriétés chimiques*. La saccharine est un acide, et, comme tel, elle peut former avec des alcalis et des alcaloïdes des sels bien définis, dont quelques-uns sont très solubles : par exemple, la saccharine se dissout aisément dans une solution de carbonate de soude ; c'est même à ces solutions alcalines que l'on a eu recours dans l'expérimentation. Plusieurs de ces sels possèdent la saveur sucrée propre à la saccharine : cette propriété a été utilisée en thérapeutique ; et c'est ainsi qu'on a employé le saccharinate de quinine au lieu du sulfate, surtout dans la médecine des enfants. Son acidité est suffisante pour déplacer des acides faibles de leurs composés, par exemple l'acide borique. La saccharine ne réduit pas la liqueur de Fehling. L'acide sulfurique, les chromates, les ferrocyanure et ferricyanure alcalins, le permanganate de potasse, les dérivés diazoïques, etc., ne modifient pas la solution. A chaud, elle décompose le ferrocyanure de potassium. Elle ne donne pas de précipité avec l'azotate et le sous-acétate de plomb, et l'acétate mercurique ; mais l'acétate mercureux y forme un précipité blanc abondant. Elle dissout aisément le phosphate bibasique et tribasique de calcium. Par ses propriétés physiologiques, comme par sa constitution chimique, la saccharine est très voisine de l'acide salicylique, avec lequel elle a souvent été mise en parallèle. D'ailleurs, la saccharine peut aisément se transformer en acide salicylique. C'est sur cette propriété, ainsi que sur la facilité avec laquelle l'éther et l'éther de pétrole la déplacent de ses solutions aqueuses, qu'on s'est appuyé pour en faire la recherche.

Pour la *recherche de la saccharine*, trois procédés sont signalés dans les auteurs : 1° On acidule la solution par l'acide sulfurique ou phosphorique : on agite avec l'éther ou mieux avec un mélange à volumes égaux d'éther et d'éther de pétrole. On décante et on évapore. On prend deux fractions de ce mélange que l'on évapore à part dans des verres de montre. On goûte un des résidus, et, s'il a le goût sucré, on doit y rechercher la saccharine (car les autres sucres proprement dits ne sont pas solubles dans l'éther). L'autre résidu est essayé au perchlorure de fer dilué pour y rechercher l'acide salicylique. S'il n'y a pas d'acide salicylique, pour avoir la preuve qu'on a affaire à la saccharine, il suffira de la transformer en acide salicylique, en ajoutant au résidu quelques gouttes de soude caustique en excès. On fait évaporer, puis fondre sur le couvercle d'un creuset d'argent. On reprend par l'eau, on acidule avec de l'acide sulfurique, on agite avec de l'éther, et, dans ce résidu, on recherche l'acide salicylique formé. Si la substance analysée renfermait à la fois de la saccharine et de l'acide salicylique, on les séparerait en dissolvant le résidu éthéré dans l'alcool et en y ajoutant une solution alcoolique de potasse. Le saccharinate de potasse est précipité, tandis que le salicylate reste dissous (Schmitt) (1). — 2° On chauffe le résidu éthéré renfermant la saccharine avec un petit excès de résorcine et quelques gouttes d'acide sulfurique concentré. Il se développe une coloration jaune-rouge, puis vert foncé : il se dégage un peu d'acide sulfureux. On laisse refroidir, on étend d'eau et on y ajoute de la potasse, le liquide alors devient rouge avec une fluorescence verte très prononcée. Cette réaction est sensible avec un milligramme de saccharine (Ira Remsen) (2). — 3° Bernstein a proposé de dissoudre le résidu évaporé dans la potasse et d'y ajouter du brome. Au bout de quelques heures, il se formerait un précipité jaune que l'on peut laver et recueillir ; ce précipité est cristallisé ; chauffé, il se boursoufle et laisse un charbon volumineux riche en potasse.

On avait remarqué que les solutions de saccharine ne s'altéraient pas, ne fermentaient pas ; c'est donc qu'elles offrent un milieu peu favorable au développement des germes. Dès lors une série de travaux ont été entrepris pour étudier l'*action antiseptique* de cette substance. Certains auteurs se sont même efforcés d'étudier en particulier l'action de la saccharine sur quelques microbes. Le premier travail dans cet ordre d'idées est celui de Salkowski, paru dans les *Archives de Virchow* (1886, *loc. cit.*). Il avait observé qu'une solution à 1 0/0 de peptone, additionnée d'une solution saturée à froid de saccharine, pouvait être abandonnée à l'air libre à une température de 30° pendant un temps indéfini, sans qu'il s'y produisit ni trouble, ni trace de putréfaction : dans les mêmes conditions, une solution aqueuse de peptone s'altère au bout de 24 heures. Mais Salkowski alla plus loin et voulut chercher la cause de cette propriété de la saccharine. Il remarqua alors que cette action était due en grande partie à l'acidité de la saccharine ; en effet, une solution alcaline ne fait que retarder de quelques jours la putréfaction sans l'empêcher. Cette propriété de la saccharine avait fait songer à l'employer dans la préparation des conserves alimentaires ; mais dans ce cas, son action est faible. Une infusion de viande hachée s'altère au bout de trois ou quatre jours, malgré l'addition de saccharine. En somme, Salkowski arrive à la conclusion que la saccharine ne possède que des propriétés antiseptiques faibles.

M. Constantin Paul, dans la séance du 10 juillet 1888, a lu à l'*Académie de médecine* (3) deux notes : l'une de M. Kugler (4) l'autre de M. Marfan, ayant trait au même sujet. M. Kugler a étudié l'action de la saccharine sur la diastase et sur la pepsine. Pour chacune de ses expériences, il s'est servi de deux flacons, dont le contenu de l'un était additionné de 2 pour 1000 d'une solution de saccharine, rendue soluble par le carbonate de soude, mais en n'y ajoutant que la quantité minimum pour conserver à la solution sa réaction acide.

Voici la 1re *expérience* : Deux flacons renfermant

(1) Salkowski. *Archiv. de Virchow*, 1886, t. CV, p. 46.

(1) *Chemiker-Zeitung*. Repertor 1887, p. [illegible].
(2) Ira-Remsen. — *Chemiker Zeitung*. Repertor 1887, p. [illegible].
(3) C. Paul. *Bull. Ac. de méd.* Paris, 10 juillet 1888.
(4) Kugler. *Bull. Soc. Thér.*, 11 janv. 1888.

chacun le mélange : amidon, 10 grammes; diastase, 0 gramme 50 centigrammes ; eau, 60 grammes ; un additionné de saccharine, sont chauffés à 60°. Au bout d'un certain temps, on a trouvé que le flacon sacchariné renfermait une proportion de dextrine et de glycose bien inférieure que le flacon sans saccharine. D'où M. Kugler conclut que l'action de la diastase sur l'amidon, est entravée par la saccharine. Cette conclusion n'est pas tout à fait conforme à celle de Salkowski, qui a trouvé que la salive n'agissait pas sur l'amidon en présence de la saccharine ; mais en même temps, cet auteur a pu constater que c'était l'acidité de la saccharine qui entravait l'action de la ptyaline: en solution alcaline, en effet, la réaction s'opérait normalement. Il faut donc faire quelques réserves sur l'action de la saccharine sur la ptyaline, puisqu'on sait que dans les milieux acides la ptyaline n'agit plus sur l'amidon.

Pour la 2ᵉ *expérience :* Deux flacons renfermant chacun : Pepsine extractive, 0,20 centigrammes ; Eau distillée, 60 grammes; Acide chlorhydrique, 0,60 centigrammes ; Fibrine de porc, 2 grammes. Le contenu de l'un des flacons est additionné de la solution saccharinée. Tous deux sont mis à l'étuve à 45°. Tandis que la digestion était complètement faite dans le flacon sans saccharine, elle n'était faite qu'à moitié dans l'autre.

Dans une 3ᵉ *expérience,* la fibrine de porc est remplacée par 5 grammes de blanc d'œuf. Le résultat a été le même que dans le cas précédent. L'auteur en conclut que la saccharine entrave d'une façon très appréciable l'action de la pepsine sur les albuminoïdes.

Cette conclusion est en désaccord complet avec celle de Salkowski, qui d'accord en cela avec Stutzer a trouvé que la saccharine n'influait en rien sur l'action de la pepsine. La saccharine se comporte vis-à-vis du ferment pancréatique exactement comme vis-à-vis de la ptyaline (Salkowski). M. Marfan étudie actuellement l'action de la saccharine sur certains microbes : 1° A 1/200 la saccharine est susceptible d'empêcher la fermentation ammoniacale des urines, et le développement du Micrococcus ureae. Abeles (*Wiener Medezinische Wochenschrift,* Juin 1887, N° 24) avait déjà signalé cette propriété de la saccharine, qui, dans le cas particulier est supérieure à l'acide salicylique, avec lequel on l'a souvent mise en parallèle. 2° A 1/200 la saccharine a empêché totalement le développement du Bactérium Termo sur la gélatine-peptone. 3° A 1/500, des tubes ensemencés avec le Staphylococcus pyogenes aureus ne présentent pas trace de développement de la culture ; 4° Le développement du Streptococcus de la fièvre puerpérale est manifestement retardé par l'addition de 1/300 de saccharine ; 5° Celle-ci est absolument sans action sur le microbe de la fièvre typhoïde.

La saccharine possède une action antiseptique incontestable. Mercier (1) a comparé la saccharine à divers antiseptiques plus usuels, et a trouvé qu'une solution à 3 pour 1000 de saccharine est supérieure à une solution d'acide borique à 15 pour 1000, et à une solution d'acide phénique ou d'acide salicylique à 1 pour 1000. Dans un prochain Bulletin nous continuerons cette étude (v. p. 145).

(1) [illegible] et *Mémoires de la Société de médecine pratique,* [illegible] 1888.

Laïcisation de l'Assistance publique.

Nos lecteurs trouveront plus loin (p. 146) le récit de la *distribution des prix à l'Ecole municipale des infirmières de la Salpêtrière.* Ils verront que M. Floquet, président du Conseil des ministres et Ministre de l'intérieur, a tenu à assister à cette cérémonie et en a profité pour décorer l'un des plus anciens professeurs des Ecoles, M. Yvon. Il s'agit là d'un ACTE dont l'importance n'échappera à personne. Nous espérons que les municipalités républicaines des grandes villes y verront un encouragement puissant à étudier les voies et moyens pour laïciser promptement leurs hôpitaux et hospices. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 août 1888. — Présidence de M. Hérard.

M. E. Nocard lit une note de M. A. Lucet, vétérinaire à Courtenay, relative à un cas d'*actinomycose chez l'homme.* Un garçon d'écurie, reçut plusieurs traumatismes sur la fesse et la cuisse du côté gauche ; ces traumatismes s'accompagnèrent d'un phlegmon profond. Le pus évacué contenait un nombre considérable de touffes d'actinomyces. Cette maladie, qui remonte au mois d'avril 1887, n'est pas encore guérie.

M. Guyon lit, au nom de MM. Albarran et Hallé, un travail sur *une nouvelle bactérie pyogène* et sur *son rôle dans l'infection urinaire.* La bactérie pyogène, presque toujours présente dans les urines purulentes, peut à elle seule causer les inflammations suppuratives de la vessie, de l'uretère et du bassinet, et les abcès péri-urinaires. A elle seule, elle peut déterminer les diverses lésions de la néphrite infectieuse des urinaires, néphrite congestive suraiguë, néphrite diffuse, néphrite suppurée, abcès miliaires. Cette bactérie, sortant de l'appareil urinaire infecté pour pénétrer dans la circulation générale, cause une infection à forme fébrile de type et de gravité variables (fièvre urineuse). La bactérie, qui fait l'objet de cette étude, est donc un organisme pyogène infectieux. Habituellement et souvent seule présente, dans les urines purulentes, elle suffit à produire des inflammations suppuratives de l'appareil sécréteur de l'urine et les abcès urineux. Agissant sur le rein, elle y cause les diverses lésions de la néphrite infectieuse suppurée, soit qu'elle remonte directement du bassinet dans le tissu rénal (néphrite ascendante), soit qu'apportée par le sang elle se localise secondairement dans la substance corticale. Pénétrant dans le sang, elle provoque des accidents infectieux suraigus, aigus ou chroniques, souvent mortels. Comme conclusions pratiques : asepsie rigoureuse des opérations pratiquées sur les voies urinaires et surtout du cathétérisme ; examen bactériologique des urines préalable à toute opération sanglante sur les voies urinaires. Dans l'immense majorité des cas, l'infection urinaire doit être rapportée à la bactérie pyogène. La bactérie pyogène a été rencontrée en dehors des voies urinaires, dans le phlegmon post-puerpéral du ligament large, dans un cas de pleurésie ossifiante avec abcès sous-pleuraux et dans un cas d'infection puerpérale. Le bactérium pyogène est un organisme polymorphe ; c'est une bactérie à bouts arrondis, mobile dans ses petites formes ; elle se cultive sur les divers milieux usuels. La réaction, légèrement acide du milieu, favorise le développement rapide de l'organisme sous sa petite forme ; la réaction alcaline à l'effet inverse. Le bactérium pyogène se colore très aisément par les couleurs d'aniline.

M. Pasteur, au nom de M. Gamaleia (d'Odessa), lit un travail relatif à la *vaccination du choléra asiatique.* L'auteur a appliqué au choléra deux grands principes de la

méthode expérimentale : celui de la virulence progressive et celui des vaccins chimiques. Il est aujourd'hui facile de douer le vibrion cholérique d'une virulence extrême. Il faut pour cela le porter sur un pigeon, après un passage par le cobaye. Il tue alors les pigeons en leur produisant un choléra sec avec l'exfoliation de l'épithélium intestinal : le microbe apparaît aussi dans le sang des pigeons qui ont succombé. Après quelques passages, ce microbe acquiert une telle virulence que le sang des pigeons de passage, en dose d'une ou de deux gouttes, tue tous les pigeons frais dans l'espace de huit à douze heures. Ce virus tue également, avec des doses encore plus petites, les cobayes. Tous ces animaux succombent à l'infection virulente.

Ce virus, absolument mortel, peut conférer l'immunité cholérique : un pigeon inoculé deux fois, avec une culture ordinaire du choléra, est devenu réfractaire à l'infection réitérée par le virus le plus virulent. — Si l'on cultive le virus de passage dans un bouillon nutritif, et si l'on chauffe ensuite cette culture à 120 degrés, pendant vingt minutes, pour tuer sûrement tous les microbes qu'elle contient, on constate que le chauffage a laissé subsister une substance très active dans la culture stérilisée. — Inoculé en quantité de quatre centimètres cubes à un cobaye, le bouillon stérilisé produit un abaissement progressif de la température et la mort en 20 ou 24 heures. Les pigeons succombent également avec les mêmes phénomènes morbides, mais seulement à la suite d'une dose de 12 centimètres cubes infectés à la fois. Que si on injecte cette même dose de 12 centimètres cubes, en 3, 4 ou 5 jours, on ne les tue plus. Ces pigeons sont devenus réfractaires au choléra. Le virus le plus virulent ne les tue plus. La vaccination des cobayes s'obtient en leur introduisant le bouillon toxique et vaccinal à la dose de deux centimètres cubes : on les vaccine en deux ou trois séances. Nous sommes maintenant en possession d'une méthode de vaccination préventive du choléra ; cette méthode est basée sur l'emploi des vaccins stériles et possède tous les avantages de la vaccination chimique, c'est-à-dire la sûreté et la sécurité. Les résultats expérimentaux permettent d'espérer que cette méthode pourrait être appliquée à la vaccination humaine pour préserver les populations du choléra asiatique.

M. Lancereaux commence la lecture d'un travail sur *la filariose*, nous attendons la terminaison de cette lecture pour en présenter une analyse complète. A. Josias.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 11 juillet 1888. — Présidence de M. Créquy.

M. Bocquillon présente un spécimen de parthéicine, substance découverte par Ulrici de la Havane. C'est un alcool isomère à la santonine qui jouirait de propriétés thérapeutiques encore pour la plupart à déterminer.

M. Huchard a eu l'occasion de soigner une femme de 70 ans atteinte de cardiopathie artérielle avec asystolie et œdème. La digitale ne produisant plus, au bout de quelques jours, que des résultats insuffisants, il eut recours aux injections sous-cutanées de caféine faites cinq à six fois par jour suivant la formule :

Benzoate de soude. .	3	grammes.
Caféine	2	—
Eau distillée. . . .	6	—

Sous l'influence du médicament, la diurèse s'éleva de 300 à 1.300 grammes, et, au bout de huit jours, la malade était sur pied.

L'emploi de la caféine est tout indiqué dans les pneumonies des vieillards athéromateux. A cette occasion, et citant des publications récentes, l'auteur s'élève contre les procédés généralement employés en Allemagne, qui consistent à passer sous silence les travaux des auteurs français, ce que vient de faire M. Serupt, en particulier, dans un travail sur la caféine.

M. Huchard a, depuis la dernière séance, reçu une lettre de M. Semmola. S'il ne partage pas toutes les idées de cet auteur, il vante avec lui les bons effets de la caféine dans les cardiopathies d'origine bulbaire. La caféine agit non seulement sur le cœur, mais encore sur le système nerveux, et les affections pulmonaires à retentissement cardiaque sont parfaitement justiciables de son emploi thérapeutique.

M. Labbée demande à M. Huchard de formuler les grandes lignes de l'emploi de la caféine dans les affections cardiaques.

M. Huchard, en présence d'une rupture de compensation cardiaque administre d'abord la digitale ; lorsque celle-ci n'agit plus ou est mal tolérée, il a recours à la caféine qui semble très bien réussir dans certains cas où la digitale reste inactive. Du reste, il est difficile de préciser, étant donné les variétés d'action d'un même médicament chez le même malade.

C'est ainsi que, dernièrement, il eut l'occasion de prescrire 0,50 centigrammes de poudre de digitale chez un malade de son service. L'effet produit fut nul ; à quelque temps de là, l'interne prescrivit pendant six jours consécutifs la même digitale avec un plein succès chez le même malade.

M. Créquy dit qu'on obtient rapidement des effets toxiques avec 0,50 centigr. de poudre de digitale. Souvent, du reste, une dose minime produit de meilleurs effets qu'une forte dose. Enfin, les diverses digitales peuvent produire des effets différents.

M. Huchard répond, qu'en effet, la digitale a des effets différents suivant les années et suivant l'âge des feuilles ; les nervures sont à peu près inactives comparativement au reste de la feuille.

N. B. — La Société nomme une *Commission* chargée d'organiser un Congrès de thérapeutique et de matière médicale pendant l'Exposition de 1889.

Séance du 25 juillet 1888. — Présidence de M. Créquy.

M. C. Paul a fait des recherches sur les propriétés antifermentescibles de la cocaïne et a cherché à établir la dose minimum suffisante pour arrêter le développement de certains microbes. Une solution à 1/200 d'eau arrête le développement du bactrium termo ; à 1/700 le staphylococcus pyogenes aureus est tué. Certaines conditions de température peuvent faire varier les résultats. Appliquant ces recherches à la thérapeutique antiseptique des voies digestives, il prescrit la préparation suivante à la dose de une cuillerée à café pour un verre d'eau.

Saccharine	6	grammes.
Bicarbonate de soude .	4	—
Alcool à 40°	100	—
Essence de menthe . .	XX	gouttes.

La saccharine empêche également le développement des nombreuses bactéries de la cavité buccale.

M. Huchard a observé plusieurs cas d'angine de poitrine chez les diabétiques ; déjà, en 1882, M. Vergely (de Bordeaux) avait établi une relation entre le diabète et l'angine. Or, à son avis, l'angine de poitrine diabétique reste encore à démontrer. L'angine de poitrine *vraie* qui survient chez ces malades est toujours sous la dépendance de l'artério-sclérose ; de même, du reste, en pareil cas, que toutes les cardiopathies. Il en est ainsi de l'asthme que l'on observe chez les diabétiques ; ou bien c'est du pseudo-asthme, ou c'est de l'asthme vrai ; dans ce dernier cas, c'est encore à l'artério-sclérose qu'il faut l'attribuer. Aussi, dans ces cas, n'est-ce pas la glycémie qu'il faut particulièrement traiter, mais bien les altérations artérielles, à l'aide des médicaments dépresseurs de la tension artérielle, iodure de potassium, nitrites, trinitrite, etc.

Il n'existe pas davantage une angine de poitrine brightique, ainsi que semble l'admettre M. Dieulafoy ; la meilleure preuve est que l'on n'observe pas cet accident dans le gros rein blanc, la néphrite parenchymateuse, mais bien dans le petit rein contracté qui est, lui aussi, sous la dépendance de la sclérose artérielle.

M. C. Paul. — Les notions qui avaient cours autrefois sur les diverses variétés de l'angine de poitrine et surtout sur leur gravité relative se sont singulièrement modifiées. L'angine des fumeurs, des gens nerveux, des hystériques n'est pas grave : la gravité n'apparait qu'avec les altérations du myocarde ou des gros vaisseaux de la base. C'est la lésion cardio-vasculaire qui seule donne le taux de la gravité.

M. Huchard est heureux de constater que M. C. Paul est devenu partisan de la théorie artérielle de l'angine de poitrine

vraie. Quant à la bénignité des angines chez les tabagiques, il faut faire des réserves, car le tabagisme ancien prédispose singulièrement à l'artério-sclérose.

M. MOUTARD-MARTIN est toujours effrayé en présence d'un accès d'angine de poitrine. Il connait et cite des cas où, pendant la vie, l'examen le plus minutieux du cœur ne révéla rien ; la mort survint et l'on trouva de l'athérome. Mais cet athérome, cette myocardite qui seuls permettraient de porter le pronostic, il avait été impossible de les constater pendant la vie.

M. HUCHARD, lui aussi, est loin d'être optimiste en présence d'un accès d'angine de poitrine. Alors, à la vérité, que les angines arthritiques, neurasthésiques ou hystériques guérissent toujours, l'angine vraie, artérielle, tue 9 fois sur 10. Pour la reconnaitre, il faut rechercher les signes de l'aortite et particulièrement ce bruit diastolique sourd et vibrant qui manque si rarement. De plus, les accès d'angine vraie sont rarement nocturnes; enfin, à l'inverse des autres, ils se produisent surtout à l'occasion d'un effort, souvent même de peu d'importance.

M. MOUTARD-MARTIN trouve que les considérations exposées par M. Huchard n'infirment en rien ce qu'il a dit au point de vue de la difficulté du diagnostic.

M. C. PAUL pense qu'il ne faut pas négliger l'examen des autres branches du système artériel ; le déplacement serpentin de l'artère humérale un peu au-dessus du pli du coude est, en particulier, un bon signe d'athérome et peut mettre sur la voie du diagnostic.

M. BUCQUOY pense, comme M. Huchard, que le timbre éclatant, tympanique du deuxième bruit du cœur, est un bon signe d'athérome. Ce timbre est-il dû à l'exagération de la tension artérielle, il ne le pense pas pour sa part, mais la discussion ne porte pas sur ce point particulier.

GILLES DE LA TOURETTE.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE.

De la Saccharine.

Dans sa séance du 13 aout, le Comité a approuvé les conclusions d'un rapport de MM. Brouardel, Pouchet et Ogier sur l'emploi de la saccharine dans les produits alimentaires, au point de vue de l'hygiène. Les recherches auxquelles ils se sont livrés, ont permis aux rapporteurs de développer, à l'appui de la manière de voir, les considérations suivantes :

En thèse générale, les matières antiseptiques ou capables d'entraver la fermentation, matières si intéressantes au point de vue thérapeutique, ne doivent pas être introduites dans l'alimentation. Rappelons qu'une substance n'est un aliment qu'à la condition d'être altérable, de pouvoir subir dans l'économie toute la série de transformations qui la rendent assimilable. Non seulement, comme nous l'avons dit, la saccharine n'est pas un aliment, mais il y a plus : par ses propriétés antiseptiques, elle rend partiellement inaltérables les substances alimentaires auxquelles elle se trouve mélangée. Remplacer le sucre par la saccharine, c'est supprimer un aliment pour le remplacer par un corps inerte, c'est entraver ou retarder les actions physiologiques qui produisent la transformation en sucre des matières amylacées, c'est, en somme, exposer de ce chef l'organisme à un double déficit. Le retard apporté à la transformation de la fibrine, de l'albumine, n'est pas bien démontré.

Tels sont les motifs pour lesquels le Comité a pensé que la saccharine ne doit pas être introduite dans l'alimentation. En conséquence il a répondu aux questions posées par le ministre du commerce : 1° La saccharine n'est pas un aliment et ne peut pas remplacer le sucre ; 2° L'emploi, dans l'alimentation, de la saccharine ou des préparations saccharinées suspend ou retarde les transformations des substances amylacées ou albumineuses dans le tube digestif ; 3° Ces préparations ont donc pour effet de troubler profondément les fonctions digestives. Elles sont de nature à multiplier le nombre des affections désignées sous le nom de dyspepsie ; 4° L'emploi de la saccharine est encore trop récent pour que les conséquences d'une alimentation dans laquelle entrerait journellement de la saccharine puissent être toutes bien déterminées, mais, dès maintenant, il est établi que son usage a sur la digestion une influence nuisible, et nous sommes en droit de conclure que la saccharine et ses diverses préparations doivent être proscrites de l'alimentation.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. — **Notes cliniques sur la paraldéhyde, l'agaricine et le strophantus** ; par M. le Dr GLENTWORTH. R. BUTLER. *The Brooklyn medical journal*, mai 1888, p. 374.

II. — **Pyridine**, par le Dr RENZI. *Riv. Clin. e Therap.* — Napoli, 1887 1, X, 113. — His W. J. *Arch. f. Path, und Pharm.*, 1886-7, XXII. — OESCHNER DE CONINCK. *Compte rendu de la Soc. de Biol.*, 1887, p. 755. — D. J. LEECH, *The med. chronicle*. Manchester. may 1888, p. 146.

III. — **Canadol** (*anesthésique local*). — PLÜSHKOFF. *Vratch*. 1887, n° 28. — VALERIUS IDELSON. *The med. chronicle* (Loc. cit.).

IV. — **De l'action de la Cytisine**. — *Wiener med. Wochenschrift*, n° 4. 1888. — KRAUPL N. *Neurol. Centralblatt*, n° 1.

V. — **La scopoléine et la rotoine.** — *Der Pharmaceut*, 1er janvier 1888.

VI. — **Le salol contre la diarrhée**; par le Dr OSBORNE. — *New-York Med. Journ.*, 7 avril 1888.

I.— 1° Les effets de la *Paraldéhyde* se produisent d'abord sur la substance grise du cerveau, amenant le sommeil, puis sur le bulbe et enfin sur la moelle. Après l'administration d'une dose mortelle, les fonctions du bulbe cessent, mais la respiration est abolie avant la contraction cardiaque. Cette absence d'effets nuisibles sur le cœur a une grande importance pour la thérapeutique. Son action hypnotique n'est pas précédée d'une période d'excitation que l'on rencontre chez les autres remèdes de la même catégorie. Elle donne de bons résultats dans l'insomnie chez les fébricitants, dans les maladies nerveuses et mentales. L'auteur l'a employée avec succès chez des individus ayant donné une grande somme de travail intellectuel et fatigués d'insomnie, chez des alcooliques, des convalescents souffrants d'absence de sommeil, dans des cas de névralgie, chez des phtisiques. Elle ne lui a donné aucun accident. La paraldéhyde est un hypnotique et non un analgésique. Ses effets ressemblent à ceux du chloral, mais elle ne déprime pas le cœur comme ce dernier, et on peut l'employer dans les états adynamiques. Son goût piquant et pénétrant est bien caché par un mélange de sirop d'écorces d'oranges amères. La dose minima est d'un drachme, mais on peut la répéter toutes les heures, jusqu'à production de l'effet voulu.

2° *Agaricine*. On la donne à la dose d'un douzième à 1/2 grain ; elle a été employée dans les sécrétions anormales, spécialement dans les sueurs des phtisiques. Il est utile de combiner son emploi à celui de l'atropine, de l'opium ou de la poudre de Dower, car elle donne fréquemment des nausées, des douleurs abdominales et de la diarrhée. Sur cinq phtisiques auxquels l'auteur l'a prescrite, elle n'a agi que sur l'un d'eux, qui n'en a obtenu de bénéfice que pendant trois jours. Chez les autres, elle a donné des troubles abdominaux ; elle a donc peu de valeur contre les sécrétions anormales.

3° *Strophantus*. Le strophantus agit sur le muscle cardiaque, dont les contractions deviennent plus énergiques et augmentent la pression sanguine. La même cause agit sur la sécrétion rénale (Fraser) ; il abaisserait aussi la température. On donne ce médicament afin d'augmenter la force des contractions du cœur, dans toute affection de cet organe affaiblissant ses parois musculaires. Il peut remplacer la digitale avec cet avantage, qu'il ne produit pas la contraction des artérioles, comme celle-ci. Il n'a donné, entre les mains de l'auteur, ni troubles épigastriques, ni nausées, ni vomissements. Le Dr Butler l'a prescrit dans trois sortes d'affections : pulmonaires, cardiaques et rénales. Chez 14 phtisiques de St-Mary's Hospital, ayant de l'affaiblissement du pouls avec dyspnée et de la faiblesse musculaire, le strophantus a relevé la contraction cardiaque, augmentant ainsi la distribution du sang dans les capillaires pulmonaires, et par là l'hématose. Le même médicament a donné d'excellents résultats chez un pneumonique, dans deux cas d'hypertrophie cardiaque avec diminution de la contractilité cardiaque, chez un enfant atteint de rétrécissement mitral. Chez un malade atteint d'artério-sclérose avec lésions rénales, le strophantus a relevé le pouls et produit une diurèse favorable. Comparé à la digitale, le strophantus, dit l'auteur, est plutôt un stimulant qu'un tonique cardiaque. Il lui a donné des résultats très appréciables, dans les 2/3 des cas. Son action

diurétique n'est pas encore bien démontrée. Il est préférable de le donner à faibles doses répétées, qu'à de fortes doses. Dans un cas, chez une malade atteinte d'irrégularité fonctionnelle du cœur, le Dr Thallon a vu se manifester des accidents cérébraux, à la suite de l'administration du strophantus.

II. — La Pyridine ($C^5 H^5 N$) est un liquide volatil incolore, d'une odeur et d'un goût piquants. On l'extrait de la distillation des os ou du goudron de houille; on la trouve dans la combustion du tabac, du papier nitré et d'autres substances organiques. D'après Harnach et Meyer, c'est un stimulant des centres moteurs et des terminaisons nerveuses. Bochefontaine a reconnu que c'est un irritant local, et, qu'après injection dans le courant sanguin, elle produit la mort par paralysie. M. Germée a remarqué qu'elle diminue l'excitabilité réflexe de la moelle et des centres respiratoires, et qu'elle est l'élément actif contenu dans les cigarettes utilisées contre l'asthme. D'après Silva, elle excite les nerfs trijumeaux et le centre respiratoire, qu'elle paralyse ensuite; elle agit enfin sur le pneumo-gastrique et augmente la sécrétion bronchique, ses inhalations produisent de la somnolence. D'après His, introduit dans l'organisme, l'acétate de pyridine se transforme dans les urines en hydroxide de méthyle-pyridil ammonium. Pour Œchner de Conninck, cette substance ne se transforme pas dans les urines, dans lesquelles elle passe, ainsi que dans la salive et dans l'air expiré. — Renzi, qui l'a employée à l'intérieur, a trouvé qu'elle diminue la fréquence des battements du cœur et augmente la force de la systole; elle accroît la pression sanguine, et, sous son influence, les irrégularités cardiaques cessent; enfin, elle diminue la fréquence de la respiration. Elle est recommandée dans l'asystolie, dans l'angine de poitrine, à la dose de 6 à 10 gouttes par jour, en augmentant jusqu'à 25. On peut encore l'employer en inhalation, soit directement, soit mélangée à de l'eau.

III. — Le Canadol s'extrait du naphthe. C'est un liquide limpide, volatil, très inflammable, possédant l'odeur de la benzine, insoluble dans l'eau et l'alcool. On peut l'employer à la place de l'éther, en le vaporisant sur la région à opérer, au moyen d'un appareil de Riehardson. On obtient rapidement la congélation cutanée (en 30 à 90 secondes) avec anesthésie. D'autre part, son prix de revient est meilleur marché que celui de l'éther : près de la moitié du coût de ce dernier.

IV. — La Cytisine est extraite du cytise, elle agit sur les vaisseaux en contractant leurs parois. Kraeplin dit s'en être servi avec d'excellents résultats contre la migraine. Après l'administration de 1/20 de grain de nitrate de cytisine, les douleurs disparaissent dans l'espace d'une demi-heure. Ce médicament ne lui a fait défaut que dans un seul cas.

V. – Langgard a retiré du *Scopolia japonica* deux substances, la Scopoléine et la Rotoine produisant la dilatation de la pupille comme l'atropine et la daturine. D'après Schmidt de Marbourg, on n'a trouvé dans la scopoléine aucun alcaloïde nouveau, mais un mélange de daturine, d'atropine et d'hyoscine. La rotoine est une combinaison de bases alcalines et d'acides gras.

VI. — Le Salol, salicylate de phénol, *Salicylsäurephenyläther* de Bielschowski, a été découvert par von Uneki, de Berne. Il se présente sous forme d'une poudre blanche, insoluble dans l'eau, presque insipide, d'une odeur aromatique. Il est soluble dans l'alcool, l'éther. Il est composé de 4 parties de phénol pour 6 d'acide salicylique. Il se dédouble en ses deux éléments dans l'intestin, et est éliminé par le rein sous forme d'acides sulphocarbolique et urosalicylique. Il n'irrite pas la muqueuse buccale ni l'estomac; il est absorbé dans le duodénum, grâce à l'action du suc pancréatique, à fortes doses, il n'est pas toxique, il abaisse la température et augmente la fréquence de la respiration, et ne semble pas agir sur la circulation. On peut l'employer sans crainte à la dose de 11 gr. 60 en 24 heures. On l'a employé à la place de l'acide salicylique contre le rhumatisme, comme antipyrétique dans les fièvres, à la dose de 1 à 2 gr. Le Dr Osborne doute qu'il soit antiseptique, mais il admet que dans son passage dans l'intestin, par suite de son dédoublement, il possède cette propriété. Aussi, le salol a-t-il été employé avec succès dans la fièvre typhoïde, par Georgi et Barnsfather. Chez l'enfant, dans la diarrhée, on peut le donner à la dose de 0 gr. 05 avant 2 ans, de 0 gr. 1 de 2 à 5 ans, de 0 gr. 2 de 5 à 12 ans, et de 0 gr. 3 au-dessus de 12 ans. D'après Gœlet et d'après les recherches du Dr Osborne, l'usage du salol donne d'excellents résultats, dans toutes les diarrhées aiguës, même avec vomissements, dans la diarrhée estivale. Les selles diminuent de fréquence, reprennent leur couleur naturelle et perdent toute fétidité. L'auteur l'a utilisé en lavements contre la dysenterie aiguë; il diminue le ténesme rectal et fait cesser les selles sanglantes, la diarrhée et les douleurs abdominales. Enfin, chez les individus atteints de vomissements concomittants à la diarrhée, il arrête ceux-ci, quoiqu'il ne se dissolve pas dans le suc gastrique. A. Raoult.

VARIA

Distribution des prix à l'Ecole municipale d'infirmières de la Salpêtrière.

Mardi dernier, 21 août, à quatre heures, a eu lieu à l'hospice de la Salpêtrière la distribution des prix aux infirmières de cette Ecole et la remise des diplômes aux élèves des trois Ecoles municipales d'infirmiers et d'infirmières de Paris (Pitié, Bicêtre, Salpêtrière). Lauréates et lauréats avaient pris place dans le grand amphithéâtre de l'hospice, orné de draperies rouges et d'écussons entourés de drapeaux, et se tenaient en face de l'estrade, richement garnie d'arbustes et de fleurs mis gracieusement à la disposition de l'Assistance publique par M. Alphand.

M. Peyron présidait. A ses côtés avaient pris place M. le Dr Bourneville, député de la Seine et directeur des Ecoles d'infirmières; M. le Dr Delasiauve, M. Dubrisay, membre du conseil de surveillance de l'Assistance publique; MM. Paillot Georges Berry, conseillers municipaux; M. Péan, conseiller et général; M. le professeur Séguin (de New-York); MM. Derouin, secrétaire général de l'Assistance publique; Mourlan, chef de division; Pinon, directeur de la Pitié; le Dr Bonnaire et M. Yvon, professeurs des écoles; MM. Potin, directeur de la Maternité; Roger, directeur de la clinique; Baron, économe de Bicêtre; Jacoulet, économe des Enfants-Assistés; Mme Frary-Gros, chevalière de la Légion d'honneur; MM. les internes en médecine et en pharmacie de l'établissement, et de nombreux invités. M. Ch. Floquet, président du Conseil des ministres, ministre de l'intérieur, assistait à la distribution des prix. Les honneurs étaient faits avec une grâce parfaite par M. Amaury, économe de l'hospice. M. le Directeur a ouvert la séance par le discours suivant :

Mesdames, Messieurs,

Monsieur le Président de la République, mû par le plus louable des sentiments, a voulu que sa première visite officielle dans Paris fut consacrée à l'un des établissements de l'Assistance publique, et, s'il a choisi la Salpêtrière, c'est qu'il tenait à récompenser lui-même quarante années d'un dévoûment qui ne s'est jamais démenti. Si je rappelle devant vous, Mesdames, la haute distinction dont Mlle Nicolle a été l'objet, c'est que l'un des titres qui lui ont valu la croix de la Légion d'honneur, c'est le concours qu'elle a donné à nos Ecoles d'infirmières laïques. J'ai lieu de croire que là ne s'arrêtera pas la sympathie du gouvernement de la République pour ces Ecoles et que cette sympathie nous dédommagera des critiques injustes, des attaques passionnées dont cette grande œuvre de la laïcisation des hôpitaux de Paris a trop souvent été l'objet. Mais, notre meilleure réponse à ces attaques sera toujours le perfectionnement de plus en plus complet de votre instruction et le développement de ces qualités multiples qu'exigent d'aussi délicates fonctions. Ce perfectionnement de votre instruction est assuré par ces écoles et par ce concours si absolu que nous prête cette élite de professeurs qu'a su grouper autour de lui M. le Dr Bourneville.

Cependant, ce dévoûment des professeurs a besoin d'être secondé par l'Administration; leurs leçons, pour être fructueusement écoutées, exigent une instruction préalable et cette instruction, c'est l'école primaire qui vous la donne et qui vous met en mesure d'apprendre pour mieux remplir votre tâche.

Aussi, mon Administration attache-t-elle la plus grande importance au développement de ces écoles primaires des hôpitaux qui, peu nombreuses encore, se multiplieront bientôt, je l'es-

père, et rendront de plus en plus facile l'instruction professionnelle.

J'ai éprouvé la plus grande satisfaction à la distribution des prix de l'école de Bicêtre, en entendant proclamer les noms de quinze infirmiers et infirmières qui, grâce à une assiduité que nous ne saurions trop louer, ont conquis leur certificat d'études; cet exemple donné par l'un de nos établissements sera suivi et bientôt chacun de nos hôpitaux, chacun de nos hospices voudra s'en inspirer à son tour.

Mais le rôle de l'Ecole primaire serait singulièrement réduit et sa tâche serait singulièrement allégée, si, dans le recrutement de leur personnel, les Directeurs des hôpitaux s'inspiraient plus complètement de mes pressantes recommandations et tenaient compte davantage, pour leurs choix, du degré d'instruction primaire.

Pour vous attacher davantage à vos fonctions, mon administration s'efforcera toujours d'améliorer votre situation et elle est sûre d'être encouragée dans cette voie par le Conseil municipal qui suit vos progrès avec un intérêt si constant et qui chaque année accorde à nos Ecoles d'infirmières une large subvention spécialement affectée à leur entretien.

J'ai inscrit au projet de budget de 1889, un crédit en vue d'attribuer une haute paie aux élèves diplômés qui n'auraient pas encore pu être promus au grade de suppléant ou de suppléante. Le Conseil de surveillance de l'Assistance publique a déjà ratifié cette proposition et je compte sur un accueil aussi favorable devant le Conseil municipal.

Autant qu'il nous a été possible, nous avons amélioré votre situation matérielle : les logements, dans la plupart de nos établissements, sont plus confortables qu'autrefois. Dans plusieurs hôpitaux, le régime alimentaire a été heureusement modifié et cette réforme, qui n'est encore qu'à l'état d'expérience pourra, je l'espère, être bientôt étendue à tous.

L'Administration, croyez-le bien, est animée à votre égard, de la plus grande bienveillance, et les réprimandes qu'elle se trouve parfois forcée d'infliger, commandées par l'intérêt de nos malades et de nos administrés, lui sont toujours pénibles, mais je tiens à dire bien haut que notre personnel hospitalier est, dans son ensemble, à la hauteur de sa mission.

Souvent, vous vous êtes trouvés en face de situations périlleuses et jamais nous n'avons constaté une défaillance, mais il y a peut-être quelque chose de plus difficile que la fermeté devant le danger, c'est ce soin constant, ce soin de tous les jours à remplir modestement une besogne modeste. Nos malades, nos vieillards, doivent être l'objet constant de vos préoccupations. Pour eux, vous remplacez la famille absente, et c'est en leur nom que je vous demande de nous continuer dans l'avenir le même dévouement que dans le passé. Applaudissements répétés.

M. PEYRON a donné ensuite la parole à M. BOURNEVILLE qui a prononcé le discours ci-après :

Mesdames, Messieurs,

La distribution des prix, à laquelle il va être procédé dans quelques instants, termine la ONZIÈME *année scolaire des Ecoles municipales d'infirmières* de la ville de Paris. Suivant notre habitude, nous allons d'abord résumer les travaux de l'Ecole de la Salpêtrière pendant l'année; nous indiquerons ensuite quels sont les résultats obtenus dans les trois Ecoles, et nous terminerons par quelques considérations sur les réformes que nous avons déjà réclamées et qui nous semblent devoir mériter de fixer sérieusement l'attention de M. le Directeur de l'Assistance publique et de toutes les personnes qui, comme nous, voudraient que l'assistance hospitalière de Paris fut à la hauteur de tous les perfectionnements modernes et put servir dans la suite de modèle à toutes les autres nations.

L'Ecole de la Salpêtrière, de même que celle de Bicêtre, est à la fois une *école primaire* et une *école professionnelle.*

L'*instruction primaire* a continué à être donnée dans cette école par Mlle Nicolle, surveillante, chargée depuis trente-huit ans de la direction de l'Ecole des enfants idiotes et épileptiques, aidée de Mlle Florenza sous-surveillante, également notre collaboratrice depuis 1878, et de Mlles Gauthier et Caux suppléantes. Le *programme de l'enseignement primaire* est resté le même (1) et comme toujours les leçons ont lieu tous les soirs. Les élèves, réparties en deux cours, fréquentent par conséquent l'Ecole primaire trois fois par semaine seulement. Les leçons ont lieu de sept heures à neuf heures et deux fois par semaine, de sept à huit, la seconde heure étant prise par l'enseignement professionnel. L'inégalité d'instruction des élèves infirmières a nécessité plusieurs subdivisions dans chaque cours ; c'est ce qui explique la multiplicité des maîtresses ; il y a en réalité huit classes. 115 élèves ont bénéficié de l'école primaire durant l'année scolaire ; 65 appartenaient au premier cours, 50 au second. De ces dernières, 11 n'avaient absolument aucune notion et pouvaient à peine parler français. Depuis l'ouverture de cette école (1er avril 1878) jusqu'à ce jour, 843 infirmières ont fréquenté l'Ecole primaire, dont 313 étaient tout à fait illettrées ou ne possédaient que des notions tout à fait rudimentaires.

Ces résultats montrent combien sont considérables les services rendus par l'Ecole primaire. Ils pourraient encore être plus grands. Nous nous bornerons pour le moment à faire remarquer qu'il n'y a que 115 infirmières sur 281 qui suivent les cours.

L'*Enseignement professionnel* a été fait cette année dans son intégralité, de même que les années précédentes. Notre ami M. le professeur P. Regnard qui faisait le cours de physiologie depuis 1878 en raison de ses nombreuses occupations, n'a pu conserver que son enseignement à la Pitié. Il a été remplacé ici par M. le Dr Loye, préparateur de physiologie à la Faculté des sciences et du cours de médecine légale à la Faculté de médecine.

Les *exercices pratiques* ont été faits à l'Infirmerie générale sous la direction de Mme Eydt, surveillante, avec le concours de Mme Bucher, suppleante.

L'enseignement professionnel est complété par le *changement de service* ou le *roulement.* Ainsi que nous le disions l'an dernier, « le roulement consiste à faire passer successivement toutes les élèves dans tous les services de ce vaste hospice : lingerie, cuisine, vestiaire, buanderie, dortoirs des vieillards valides, dortoirs des grandes infirmes, quartier des aliénées, section des enfants, infirmerie générale (médecine et chirurgie). Ce roulement de service en service est destiné à mettre les élèves en mesure de remplir n'importe quel poste dans tous les hôpitaux ; de leur donner plus de sang-froid, d'autorité et d'expérience en les plaçant en contact avec des chefs différents, qu'il s'agisse des médecins, des chirurgiens, ou des surveillantes. » Il est indispensable d'en profiter, pour mettre les élèves au courant de la tenue des livres ou des cahiers des divers services généraux. Nous mentionnerons tout à l'heure, dans les considérations générales que nous avons à présenter, quels sont les désidérata qui existent dans cette partie de l'enseignement.

Pour faciliter l'enseignement pratique, nous avions obtenu autrefois du Conseil municipal 10 *infirmières supplémentaires* ou *volantes.* Elles étaient destinées à remplacer les *infirmières réglementaires,* envoyées, par séries de dix à l'Infirmerie générale. L'an dernier, les nécessités budgétaires ont fait supprimer ces infirmières supplémentaires. Bien que la présence des *boursières* ait diminué les inconvénients de cette mesure, elle n'en est pas moins regrettable au point de vue de l'enseignement et même du bon fonctionnement de cette maison où la besogne est si rude, car la présence de ces infirmières volantes, permettait de remplacer les infirmières malades. Nous prions M. Peyron de faire valoir ces raisons auprès de la Commission du budget du Conseil municipal.

L'enseignement professionnel est complété : 1o par des *compositions* portant sur tous les cours ; elles ont été cette année au nombre de 19 ; — 2o par des *examens pratiques* : une cinquantaine d'élèves ont pris part aux examens pratiques du mois d'avril et 172 aux examens de juillet. Ces derniers examens ont pris près de dix heures dans cette école. Les résultats sont consacrés par la *distribution de récompenses* et la délivrance de *diplômes.*

En ce qui concerne les récompenses, outre celles que vous

(1) Voir Discours sur la laïcisation, no 8, p. 135.

recevez du Conseil Municipal, qui alimente le budget des écoles, vous en devez un nombre considérable à la générosité de mesdames Charcot, Liouville, Maurice Letulle, Bloch, de mon bien cher maître, M. le professeur Charcot, de MM. les Drs Olin, Falret, Molloy, Monod, de MM. les internes en médecine, de MM. les internes en pharmacie, de M. Peyron, des professeurs de l'Ecole, de M. Yvon et enfin un don en souvenir de M. Laurent Richard. Le total s'élève à 760 francs. Nous sommes heureux de remercier en votre nom tous vos généreux donateurs.

Le chiffre des *diplômes*, mérités cette année par les élèves de l'école de la Salpêtrière, atteint le chiffre de 98, comprenant : 6 sous-surveillantes, 5 suppléantes, 12 boursières, 42 infirmières, 33 élèves externes dont 3 surveillantes, 4 suppléantes et 5 infirmières appartenant à d'autres établissements. Voici la progression des diplômes délivrés à l'Ecole de la Salpêtrière :

1882-83	13
1883-84	4
1884-85	24
1885-86	13
1886-87	62
1887-88	98
Total :	214

Cette année scolaire a donc été très fructueuse au point de vue des diplômes décernés dans cette école. Mais, si l'on retranche les 33 élèves externes et les 12 boursières diplômées, soit 45, on voit que le personnel de la maison n'entre dans le total que pour 53 diplômes. Nous devons féliciter les 6 sous-surveillantes et les 5 suppléantes qui ont bien voulu suivre nos conseils et nous souhaitons que leur exemple excite l'émulation de toutes les sous-surveillantes et suppléantes de la Salpêtrière, non diplômées. Pourquoi n'y a-t-il en réalité que 42 infirmières sur 281 qui soient diplômées ? Et pourquoi aussi, sur ces 281, n'y en a-t-il que 115 qui fréquentent les cours ?

Toutes les infirmières peuvent pourtant s'apercevoir que l'Ecole leur offre des avantages incontestables. Tout y est profit pour elles : les récompenses, le développement de leur intelligence, l'amélioration de leur position, puisque c'est parmi les élèves diplômées, sauf de très rares exceptions qui disparaîtront, que M. Peyron est bien décidé à prendre ses suppléantes, ses sous-surveillantes et ses surveillantes. Le tableau des promotions faites parmi le personnel de la Salpêtrière, pendant cette année, en fait foi. En effet, 6 infirmières, dont 5 élèves ont été nommées *premières infirmières* : — 6 infirmières, dont 5 élèves ont été nommées *suppléantes*, ainsi que 4 élèves boursières ; — 3 premières infirmières ont été promues suppléantes dans d'autres établissements, ainsi que 7 boursières ; 4 suppléantes, dont 3 élèves ont été nommées *sous-surveillantes* ; — 10 suppléantes, suivant les cours, ont été élevées au grade de *sous-surveillantes* dans d'autres établissements. Enfin, une boursière a été choisie pour sous-surveillante à l'Asile de Clermont. Voilà des faits qui devraient ouvrir les yeux de toutes les infirmières de cet établissement, s'il n'y existait pas une influence néfaste qui ne s'exerce ni au profit de la raison, du bon sens et du progrès, ni non plus au profit véritable des personnes qui la subissent. Il est temps que cette situation cesse : c'est par ce souhait que nous terminerons ce que nous avions à dire de particulier sur cette école.

Afin de donner plus de solennité à cette cérémonie, M. Peyron a voulu y réunir tous les infirmiers et toutes les infirmières diplômés cette année dans les trois Ecoles. Aussi en profiterons-nous pour donner quelques renseignements d'ensemble sur elles. 165 infirmières, 110 infirmiers, ont suivi les cours primaires de Bicêtre et de la Salpêtrière ; 500 infirmières, suppléantes ou sous-surveillantes, infirmiers, élèves externes, libres ou appartenant aux autres établissements hospitaliers, ont suivi les cours professionnels. Les examens pratiques de la fin de juillet ont été subis par 418 élèves. Ils n'ont pas pris moins de 32 heures.

Nous avons assisté à tous ces examens et nous en avons profité, de même que par le passé, pour recueillir des notes très intéressantes sur tous les élèves. C'est ainsi qu'il nous a été permis de constater que le personnel secondaire pouvait se diviser en deux groupes : l'un de ces groupes, sur lequel nous reviendrons bientôt, pourrait être désigné sous le nom de groupe inférieur ; l'autre groupe comprend les élèves qui ont une certaine instruction. Eh bien, la situation de ce groupe s'est améliorée d'une façon remarquable dans ces trois dernières années. Nous y trouvons 4 infirmiers munis du diplôme de bachelier ; 3 infirmières du brevet supérieur ; 15 du brevet de capacité : 56 du certificat d'études. Les infirmiers et infirmières de Bicêtre n'ont pas moins de 30 certificats d'études. Ils ont donné cette année un excellent exemple en subissant l'examen pour le certificat d'études. M. le Directeur de l'Assistance publique et nous, comptons que les infirmiers et infirmières de Bicêtre persisteront dans cette excellente voie, et nous serons très heureux de voir les élèves de la Salpêtrière imiter leur exemple.

Cette élévation du niveau de l'instruction primaire explique naturellement la progression du nombre des infirmières qui ont obtenu le diplôme. Cette année a été la plus féconde, car elle a fourni 218 diplômes, tandis que les cinq années précédentes n'en avaient donné que 326 (1). La totalité des diplômés s'élève aujourd'hui au chiffre de 544 dont la plus grande partie remplit des fonctions hospitalières. Le but que nous poursuivons, d'accord avec l'Administration, on ne saurait trop le répéter, c'est de relever la situation intellectuelle, morale et matérielle de tout le personnel secondaire, de choisir les plus capables et les plus anciennes, à tour de rôle pour les différents grades de suppléantes, de sous-surveillantes et de surveilantes.

Pour bien montrer l'importance que nous attachons à votre instruction primaire et professionnelle, nous avons émis le vœu que le Conseil municipal et l'Administration augmentassent de 5 francs par mois le traitement de tous les infirmiers et de toutes les infirmières diplômées. Nous avons appris avec plaisir que M. Peyron avait inscrit à son budget de 1889 un crédit destiné à augmenter de 50 francs par an le modeste traitement des infirmiers et infirmières diplômés qui n'auraient été nommés ni suppléants, ni sous-surveillants. Le Conseil de surveillance a adopté cette proposition et nous ne doutons pas que le Conseil municipal ne s'empresse de la ratifier.

Nous avons insisté bien des fois devant vous, M. le directeur, sur la fréquentation des *cours primaires* et *professionnels* par *tout le personnel* des établissements-écoles. Vous avez bien voulu intervenir et exprimer le désir que les cours fussent suivis très régulièrement par toutes les personnes âgées de moins de 45 ans, laissant les autres libres de bénéficier ou non de l'enseignement qu'on leur offrait. Voyons dans quelle mesure il a été tenu compte de vos recommandations, et commençons par les sous-employés.

A *Bicêtre*, nous avons :

Sur 13 surveillants	Aucun diplômé.
— 8 surveillants	1 diplômée.
— 18 sous-surveillants . .	5 —
— 16 — surveillantes. . .	7 —
— 17 suppléants	8 —
— 8 suppléantes	4 —

A la *Pitié*, nous avons :

Sur 7 surveillantes	1 diplomée.
— 5 surveillants	Aucun.
— 18 sous-surveillantes. . .	12 diplômées.
— 3 — surveillants . . .	Aucun.
— 7 suppleantes	6 diplomées.
— 7 suppléants.	1 diplome.

A la *Salpêtrière* :

Sur 21 surveillantes	Aucune diplômée.
— 72 sous-surveillantes. . .	19 diplomées.
— 28 suppleantes	10 —

Bien que, ainsi que nous l'avons dit, en résumant les résultats de chacune des trois écoles, quelques-unes des sous-

(1) Ce n'est qu'à la fin de la 6e année scolaire que l'Administration s'est enfin décidée à donner des diplômes que nous avions réclamés dès la seconde année. On sait que tout cela se passait avant M. Peyron qui, lui, a toujours favorisé le fonctionnement des Ecoles.

surveillantes et des suppléantes aient suivi les cours cette année et vont avoir dans un instant leur diplôme, cette statistique fait voir qu'il y a encore un nombre trop considérable de sous surveillantes et surtout de suppléantes qui n'ont pas assisté aux cours et pris part aux compositions. La conclusion à tirer est toute naturelle. Nous l'indiquerons après avoir montré comment se comportent les infirmiers et les infirmières, par rapport à la fréquentation des écoles. A Bicêtre, 110 infirmiers sur 220 et 50 infirmières sur 75 suivent les cours, ce qui fait 135 personnes absentes. A la Salpêtrière, sur 281 infirmières, 115 seulement participent aux leçons des institutrices. A la Pitié, toutes les infirmières sont astreintes à suivre les cours professionnels, mais il n'y vient qu'une faible minorité d'infirmiers, d'où il suit que les écoles ne donnent pas encore tous les fruits que nous sommes en droit d'en attendre légitimement, après onze ans de fonctionnement. Aussi, sommes-nous amené à répéter ce que nous disions l'année dernière.

Nous comprenons très bien, disions-nous, que les infirmières qui ont un certain âge, plus de 45 ans, par exemple, ne soient pas forcées de suivre les cours, mais cela est inadmissible pour les autres, notamment pour celles qui ont été prises pour infirmières depuis la création des écoles et surtout depuis 1885, époque où M. Peyron a décidé que les cours seraient obligatoires dans les conditions que nous venons d'indiquer et que l'on s'enquérerait du degré d'instruction des infirmières postulantes. Nous venons de voir, par les chiffres qui précèdent, qu'un grand nombre d'infirmiers ou d'infirmières dédaignent l'enseignement qui est mis à leur disposition. D'autre part, il ressort de nos renseignements que, depuis 1885, et même cette année, soit à Bicêtre, soit ici, on a pris un certain nombre d'infirmières illettrées. Nous sommes ainsi amené, M. le Directeur, à vous demander de ne plus faire de promotions de surveillantes et de sous-surveillantes en dehors des sous-surveillantes et des suppléantes diplômées ; de donner de nouveaux ordres pour que toutes les sous-surveillantes et les suppléantes non diplômées des trois établissements-écoles soient tenues de suivre les cours professionnels pendant l'année 1888-1889 ; pour que tous les infirmiers et toutes les infirmières des mêmes établissements soient astreints aux mêmes obligations ; enfin, pour qu'on ne prenne plus d'infirmières illettrées à Bicêtre et à la Salpêtrière et pour que l'on fasse appel aux élèves externes libres ou appartenant à d'autres hôpitaux, afin de combler les vides laissés par les mutations ou les départs volontaires ou non des infirmières : ces mesures nous semblent indispensables pour que les recommandations si pratiques que vous venez de faire dans votre discours aient l'heureux résultat de combler les désidérata que je vous ai souvent signalés.

Il résulte encore de ces faits et vous venez vous-même de le dire, qu'il est nécessaire de veiller avec le plus grand soin au *recrutement des infirmiers et des infirmières* et de prendre en sérieuse considération le degré de leur instruction primaire ; c'est, en effet, en procédant ainsi, qu'on réduira de plus en plus le *groupe inférieur* dont nous avons parlé et qu'on le fera disparaître. Sous ce rapport il est facile d'arriver encore à des résultats plus considérables. Dans ce but, il conviendrait d'ajouter une institutrice à l'école de la Salpêtrière et un instituteur à celle de Bicêtre. Ces deux créations rendraient de réels services à la fois pour l'enseignement primaire des enfants et pour celui des infirmiers et des infirmières.

En améliorant également la situation des instituteurs et des institutrices de l'hôpital des Enfants Malades, de l'hôpital Trousseau, de l'hospice des Enfants Assistés et de l'Ecole des teigneux à l'hopital Saint-Louis, et en faisant passer successivement dans ces *six écoles primaires* tous les infirmiers et toutes les infirmières, en deux ans de temps, on aurait relevé d'une façon considérable le niveau de l'instruction primaire de tout le personnel secondaire.

L'Enseignement professionnel, lui aussi, a besoin d'être perfectionné : les renseignements pris à l'occasion des examens, nous ont fait constater une fois de plus, que le *roulement* de service en service, ne se fait à peu près régulièrement qu'à la Pitié, et c'est surtout à la Salpêtrière, qu'il laisse le plus à désirer. Il y a ici des infirmières qui n'ont pas changé de service depuis leur entrée dans l'établissement, bien qu'elle remonte à deux, trois, quatre ans et même davantage. Ce changement devrait avoir lieu au moins toutes les six semaines pour les élèves boursières et tous les trois mois pour les élèves infirmières. Nous supplions de nouveau M. Peyron de bien vouloir ordonner que ce roulement s'opère immédiatement pour les boursières et les infirmières diplômées des trois écoles. Nous serions heureux aussi de voir les boursières de cette maison passer à la Pitié et celles de ce dernier établissement, venir à la Salpêtrière. De la sorte, elles acquéreraient toutes une plus grande expérience.

Cette année encore nous avons vérifié les inconvénients qui résultent de l'organisation du *service de nuit* dans la plupart des établissements et pour les malades et pour le personnel ; comme par le passé, nous voyons confier ce service si délicat et si pénible à des personnes inexpérimentées. Nous ne pouvons sur ce point, que répéter ce que nous disions l'année dernière.

« A l'heure actuelle, ce service n'a pas été sensiblement réformé, ce sont toujours les derniers ou les dernières venues qui font les veilles. Nous savons qu'il s'agit ici d'une transformation difficile et qui préoccupe M. Peyron. Plusieurs solutions se présentent : Peut-être, pourrait-on généraliser ce qui existe à l'hôpital des Enfants-Malades, et charger à tour de rôle les infirmières de chaque salle du service de nuit ; ou bien encore pourrait-on faire passer successivement dans ce service toutes les infirmières, toutes les suppléantes, chaque fois qu'elles reçoivent de l'avancement. De la sorte, le service de nuit serait fait par un personnel déjà habitué au service des malades. Nous croyons que toutes accepteraient : d'abord parce qu'elles auraient de l'avancement, ensuite parce qu'elles sauraient qu'elles ne seront chargées de ce service pénible que durant une courte période. Y a-t-il d'autres solutions et meilleures ? C'est à M. le Directeur de l'Assistance publique d'examiner la question, d'expérimenter s'il y a lieu, les projets que nous lui soumettons. Dans tous les cas, il y a des mesures sérieuses à prendre ; la situation actuelle ne saurait se prolonger. »

Ces projets, à notre avis, feraient cesser les plaintes justifiées des infirmières, et surtout des suppléantes et des sous-surveillantes chargées du service de nuit, quelquefois depuis plusieurs années.

Je ne reviendrai sur mes réclamations au sujet de vos *logements* et de votre *nourriture* que pour remercier M. Peyron des améliorations qu'il a réalisées dans quelques hôpitaux et qu'il a la ferme intention de réaliser dans tous les autres.

Vous savez tous, par les développements du cours d'Administration, que l'Assistance publique possède 40 hôpitaux, hospices et fondations, sans compter les petits hospices Leprince et de Belleville, qui sont laïcisés. Vous savez aussi que huit (1) de ces 40 établissements sont depuis leur création, ou depuis longtemps, confiés à des laïques. Des 32 autres établissements, 5 ont été donnés dès leur origine à des laïques (2), 14 ont été laïcisés avant le mois d'août 1887 (3).

Durant l'année scolaire qui se termine aujourd'hui, la laïcisation s'est poursuivie très régulièrement, grâce à la volonté persistante de M. Peyron et à son dévouement aux idées républicaines. En effet, l'hôpital Lariboisière a été laïcisé le 15 septembre 1887, l'hôpital Beaujon, le 1er octobre 1887, l'hôpital de la Charité, le 23 janvier 1888. Enfin, le Conseil de surveillance, dans sa séance du 28 juillet, a émis un avis favorable à la laïcisation de l'hôpital Saint-Louis pour le 15 octobre prochain.

(1) Bicêtre, — Clinique d'accouchement, — Lambrecht, — Maison municipale de Santé, — Maternité, — Midi, — Ste-Périne, — Salpêtrière.

(2) Andral, Bichat, Brévannes, Broussais, Ribouté-Vitalis.

(3) Voici les *dates des laïcisations* : Laennec, 1er décembre 1878 ; — la Pitié, 1er octobre 1880 ; — la Rochefoucauld, 1er janvier 1881 ; — les Ménages, 1er janvier 1881 ; — St-Antoine, 1er août 1881 ; — Lourcine, 1er juin 1882 ; — Tenon, 1er juin 1882 ; — l'hospice d'Ivry, 1er février 1885 ; — Cochin, 21 décembre 1885 ; — les Enfants-Assistés, 1er avril 1886 ; — Necker, les Enfants-Malades et Forges-les-Bains, le 28 octobre 1886 ; — Trousseau, le 1er avril 1887.

Si, en raison de la situation particulière des Augustines de cet hôpital et de l'Hôtel-Dieu, il surgissait quelque difficulté, l'ajournement ne serait que de quelques semaines. Il ne reste donc plus à laïciser, en ce qui concerne l'administration de l'Assistance publique de Paris, que l'Hôtel-Dieu et l'hôpital de Berck-sur-Mer, étant réservées quatre fondations (1).

Toutefois, la laïcisation dans le département de la Seine et à Paris ne sera pas encore tout à fait achevée, car il restera à remplacer les religieuses par des laïques dans les *établissements de bienfaisance qui dépendent de l'Etat* : les Asiles de convalescence de Vincennes et du Vésinet, la Maison nationale de Charenton, les Quinze-Vingts, l'Institution des Jeunes Aveugles et celle des Sourds-muets, sans compter les infirmeries de quelques lycées et celles des prisons. Bien des fois nous avons réclamé la sécularisation de ces établissements (2).

Cette réforme va bientôt commencer et l'Etat républicain qui aurait dû prêcher d'exemple, se décide enfin à suivre celui que lui a donné le Conseil municipal de Paris. Nous venons, en effet, d'apprendre que l'Administration a dénoncé le traité qui la liait avec la congrégation des Augustines dissidentes Belges (3) qui desservent l'Asile de convalescence de Vincennes. La tâche du Ministre de l'Intérieur est aujourd'hui grandement facilitée et il lui est possible de l'accomplir en *quelques semaines*, puisqu'il peut trouver sans peine dans les trois Ecoles municipales d'infirmières tout le personnel nécessaire à cette réforme.

Pour en finir avec ce sujet, il me reste à vous dire un mot des *Maisons de secours*. Sur 76 Maisons de secours existant avant la laïcisation, deux ont été supprimées (4) et vingt-six ont été laïcisées jusqu'à ce jour (5). La laïcisation des Maisons de secours des IIIe et IVe arrondissements est fixée, en principe, au 1er octobre prochain (6). Pour les laïcisations opérées, on a déjà choisi quatre surveillantes parmi les élèves diplômées des Ecoles. Je prie de nouveau M. le Directeur de l'Assistance publique de plaider en faveur des diplômées des trois Ecoles auprès des municipalités qui ont encore à laïciser leurs Maisons de secours afin qu'elles choisissent le plus possible leur personnel parmi elles.

Nous aurions été bien heureux si nous avions pu enregistrer aujourd'hui l'achèvement complet de la laïcisation des hôpitaux de Paris. Nous espérons avoir bientôt cette satisfaction, mais il nous semble que cette réforme voit diminuer chaque jour le nombre de ses adversaires parmi les personnes d'[illegible] et que les services rendus par les infirmières laïques, [illegible] mieux connus, commencent aussi à être mieux appréciés. [illegible] qui a été rendu si justement par M. le Président de la République, à l'une des plus anciennes surveillantes de notre maison, Mlle Nicolle, votre maîtresse si dévouée, en est un témoignage éclatant (7). Il vous appartient, par votre dévouement aux malades, par votre bonne tenue, par le respect de vous-même, par la stricte obéissance à vos chefs de service, médecins et administrateurs, de mériter de plus en plus l'estime et la considération publiques. N'oubliez pas que vous devez être laïques dans le sens le plus complet du mot et souvenez-vous que tout ce qui a été fait pour vous, vous le devez à la République !

Ensuite il a été procédé à la distribution des récompenses pour l'enseignement professionnel. Alors M. FLOQUET vient prendre place aux côtés de M. Peyron, et prononce l'allocution suivante :

« Je ne viens pas ici, Mesdames, pour enlever au directeur de l'Assistance publique la présidence qui lui reste de droit. Par cette visite, je veux simplement vous remercier du zèle que vous mettez à vous instruire pour vous rendre dignes de servir vos semblables.

« Je viens aussi témoigner de l'intérêt que porte le Gouvernement à une œuvre qui a droit au respect de tous et que la République a le devoir d'encourager ouvertement. Je viens enfin décerner devant vous, devant tous ses élèves, à un de vos professeurs, une récompense à laquelle il a droit. D'autres l'ont certainement méritée aussi, mais nous ne pouvons disposer que d'une croix, et j'espère que le choix de M. Yvon aura votre assentiment. »

A ces mots, une triple salve d'applaudissements éclate de tous côtés. M. Floquet se tournant vers M. Yvon lui attache sur la poitrine la croix de chevalier de la Légion d'honneur, et s'adressant à lui, continue ainsi :

« Monsieur Yvon, je suis heureux de vous donner cette croix, qu'à la demande de votre directeur, mon collègue et vieil ami Bourneville, le Président de la République vous a accordée ; c'est pour vous une récompense bien gagnée, c'est pour nous le signe visible de la sympathie du Gouvernement pour l'œuvre d'humanité et d'affranchissement à laquelle vous vous êtes dévoué avec persévérance et succès depuis bien des années. »

De nouveaux applaudissements accueillent ces paroles. M. BOURNEVILLE remercie M. FLOQUET en ces termes :

Monsieur le Président du Conseil,

Je vous suis infiniment reconnaissant d'avoir bien voulu rehausser par votre présence l'éclat de cette cérémonie et témoigner par là du vif intérêt que vous portez aux *Ecoles municipales d'infirmiers et d'infirmières de la Ville de Paris*.

En organisant ces écoles mes amis et moi, vous le savez, poursuivions un double but : en premier lieu, relever le niveau de l'*Instruction primaire* des infirmiers et des infirmières, leur donner l'*Enseignement professionnel* indispensable pour le bon accomplissement de leur mission si pénible et si délicate ; en second lieu, remplacer dans tous les hôpitaux et hospices les religieuses par des infirmières habiles.

Vous avez voulu en même temps, apporter à l'un des professeurs les plus anciens et les plus méritants des Ecoles d'infirmières, notre ami M. YVON, une haute récompense à laquelle nos concitoyens conservent l'habitude d'attacher un grand prix : je vous en remercie.

Votre démarche, cette récompense, montreront une fois de plus, que toujours fidèle à vos principes, vous n'hésitez pas à manifester votre sympathie pour cette réforme essentiellement républicaine et sociale : *la laïcisation hospitalière* qui n'est d'ailleurs que le complément, mais le complément indispensable, de la *laïcisation scolaire*.

Il y a onze ans que les Ecoles d'infirmières existent. Elles ont fonctionné régulièrement malgré des obstacles nombreux et sans cesse renaissants. Elles ont rendu des services incontestables en améliorant la condition intellectuelle et morale du personnel secondaire des hôpitaux de Paris et en permettant à l'Administration de procéder, dans de bonnes conditions, à la laïcisation de vingt établissements hospitaliers.

Aujourd'hui, ainsi que vous pouvez le constater vous-même, vous avez devant vous plus de 700 infirmières diplômées de cette année, instruites, capables, dévouées, prêtes à tous les sacrifices, auxquelles vous pouvez faire appel, non seulement pour la laïcisation de l'hôpital Saint-Louis et de l'Hôtel-Dieu, mais encore pour la laïcisation de tous les établissements de bienfaisance qui dépendent de votre ministère et dont je faisais tout à l'heure l'énumération.

J'ose compter sur votre ardent amour de la République et de la Libre-pensée, pour hâter et généraliser cette réforme. Ce sera pour tous ceux qui se sont dévoués à la laïcisation, ce

(1) Brézin, C[illegible]n-L[illegible], G[illegible] et la Roche-Guyon.

(2) Notamment à la Chambre des députés dans la séance du 17 décembre 1881.

(3) Les règlements de cet établissement [illegible] religieuses [illegible], aux directions de prendre des infirmiers et des infirmières de nationalités étrangères. Il est singulier qu'[illegible] supérieure [illegible] congrégation [illegible] Belgique.

(4) [illegible] arrondissement [illegible] le XIIe.

(5) [illegible] des Ier, IIIe, VIIe, IXe, Xe, XIIIe, XIVe, XVe, XVIIIe, XIXe [illegible] arrondissements.

(6) Une des Maisons du XIVe arrondissement sera supprimée.

(7) La décoration de Mlle Nicolle a eu lieu le 30 décembre 1887.

sera pour moi un encouragement à perfectionner cette œuvre, à la rendre encore plus fructueuse, plus utile pour tous les malheureux malades, plus digne de la République.

Encore une fois, M. le Président du Conseil et cher collègue, je vous remercie de tout mon cœur.

M. LE DIRECTEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE remercie à son tour M. FLOQUET :

Monsieur le Président du Conseil,

Pour ce grand honneur que vous avez bien voulu nous faire, pour cet encouragement que vous avez tenu à apporter vous-même à notre œuvre, je vous remercie du plus profond de mon cœur.

Tous nous sentons le prix de votre présence à cette cérémonie, tous nous vous en sommes profondément reconnaissants, et au nom de tous je vous donne l'assurance de notre profond attachement à notre tâche et à la République.

La distribution des prix a été ensuite terminée, puis on a délivré les diplômes aux élèves des trois écoles. Enfin M. PEYRON a clos la cérémonie par ces mots :

« Avant de lever cette séance, je tiens à dire un dernier mot qui n'ôtera rien au mérite du savant distingué dont M. le Président du Conseil a tout à l'heure récompensé le dévouement et les services, et qui n'enlève rien non plus au prix de cette haute distinction.

« J'avais pensé que c'était au fondateur, au directeur des écoles d'Infirmières que la récompense devait aller, mais je me suis heurté à l'énergique résistance de M. le Dr Bourneville, et j'ai dû m'avouer vaincu dans cette lutte. M. Bourneville a voulu et, malgré lui je tiens à le constater, ici, publiquement, que les Ecoles d'infirmières fussent récompensées non en sa personne, mais dans la personne de l'un de ses collaborateurs. Il a voulu s'oublier, nous n'oublierons jamais ce que nous lui devons. »

Limite d'âge des professeurs de l'enseignement supérieur.

M. TOURDES, professeur de médecine légale et doyen de la Faculté de médecine de Nancy, atteint par la limite d'âge, est admis, par décision ministérielle, à faire valoir ses droits à la retraite, et nommé doyen honoraire de ladite Faculté.

Le Ministère de l'Instruction publique continue à appliquer l'excellente mesure relative à la mise à la retraite des professeurs ayant atteint la limite d'âge (70 ans). On sait que cette mesure a déjà été appliquée à un certain nombre de professeurs, notamment à MM. Bouchardat et Hardy. Pour que M. le Ministre ne soit pas accusé d'injustice, il a le devoir d'appliquer la même mesure à tous les professeurs âgés de 70 ans, dans toutes les Facultés et les établissements consacrés à l'enseignement supérieur. L'intérêt de l'enseignement doit l'emporter sur toutes les autres considérations.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 12 août 1888 au samedi 18 août 1888, les naissances ont été au nombre de 1198, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 428, illégitimes, 170. Total, 598. — *Sexe féminin* : légitimes, 439 ; illégitimes, 161. Total, 600.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2.225.910 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 12 août 1888 au samedi 18 août 1888, les décès ont été au nombre de 809, savoir : 418 hommes et 391 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 4, F. 4, T. 8. — Variole : M. 1, F. 1, T. 2. — Rougeole : M. 15, F. 9, T. 24. — Scarlatine : M. 2, F. 3, T. 5. — Coqueluche : M. 1, F. 4, T. 5. — Diphthérie, Croup : M. 9, F. 15, T. 24. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 88, F. 64, T. 152. — Autres tuberculoses : M. 12, F. 13, T. 25. — Tumeurs bénignes : M. 2, F. 4, T. 6. — Tumeurs malignes : M. 14, F. 29, T. 43. — Méningite simple : M. 16, F. 24, T. 40. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 21, F. 15, T. 36. — Paralysie : M. 5, F. 5, T. 10. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 0, T. 3. — Maladies organiques du cœur : M. 17, F. 21, T. 38. — Bronchite aiguë : M. 8, F. 5, T. 13. — Bronchite chronique : M. 8, F. 18, T. 26. — Broncho-Pneumonie : M. 3, F. 9, T. 12. — Pneumonie : M. 14, F. 14, T. 28. — Gastro-entérite, biberon : M. 46, F. 46, T. 92. — Gastro-entérite, sein : M. [illegible] — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. [illegible] — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 5, T. 5. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 19, F. 3, T. 22. — Sénilité : M. [illegible] — Suicides : M. 11, F. 6, T. 17. — Autres morts violentes : M. [illegible] F. 2, T. 9. — Autres causes de mort : M. 80, F. [illegible] T. [illegible] — Causes restées inconnues : M. 6, F. 2, T. 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 8[illegible], qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 3[illegible], illégitimes [illegible] Total [illegible] — *Sexe féminin* : légitimes, 29, illégitimes, 9. Total : [illegible]

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — Un congé est accordé, sur sa demande, pour raisons de santé, pendant l'année scolaire 1888-89 à M. Faguet, préparateur de botanique ; M. [illegible] docteur ès sciences naturelles, est chargé [illegible] pendant la durée du congé accordé à M. Faguet.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — MM. C[illegible], DAGRON, MORDRET, ISCH-WALL et ARNOULD, sont nommés, pour une période de quatre ans, aides d'anatomie [illegible] ment de MM. Festal et Metaxas, dont la délégation est [illegible], MM. D[illegible], Villemin et Potherat [illegible] Dem[illegible], démissionnaire.

FACULTÉS DES SCIENCES. — [illegible] laire 1888-1889, dans les [illegible] les Facultés ci-après désignées : — FACULTÉ DES SCIENCES DE BESANÇON : M. Magnin, [illegible] — FACULTÉ DES SCIENCES DE BORDEAUX : MM. [illegible] ès sciences, *zoologie* ; M[illegible] ès sciences, *physique* ; Rodier, agrégé des sciences, [illegible] — FACULTÉ DES SCIENCES DE CAEN : MM. Huet, [illegible], *zoologie* ; [illegible], docteur ès sciences, *physique* ; — FACULTÉ DES SCIENCES DE CLERMONT : M. Gir[illegible] — FACULTÉ DES SCIENCES DE LILLE : MM. [illegible] sciences, *géologie* ; Bo[illegible] — FACULTÉ DES SCIENCES DE LYON : MM. [illegible] *chimie industrielle* ; [illegible] Orret, [illegible]

FACULTÉS DES SCIENCES ET FACULTÉS [illegible] ET DE PHARMACIE. — [illegible] scolaire 1888-89, près les Facultés et Écoles [illegible] désignées. — FACULTÉ DES SCIENCES DE BORDEAUX : M. [illegible], docteur ès sciences, *physique* ; — FACULTÉ DES SCIENCES DE CAEN : MM. Lignier, [illegible], *botanique* ; — FACULTÉ DES SCIENCES DE GRENOBLE : M. [illegible], *physique* ; — FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE : MM. Le[illegible] *thérapeutique* ; Lambling, [illegible] *physique* ; Wertheimer, [illegible] — ÉCOLE DE PHARMACIE DE MONTPELLIER : M. [illegible] — FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY : MM. [illegible] *histologie* ; [illegible] *naturelle médicale* ; — ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE NANCY : M. Held, [illegible] ; — FACULTÉ DES SCIENCES DE RENNES : M. [illegible] *ralogie*.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX. — [illegible] M. [illegible], docteur en médecine [illegible] M. Chambrelent [illegible] MM. Blanc-Fontenille [illegible] MM. [illegible] est expiré. — [illegible] MM. Grassal [illegible] 1888-89, dans les [illegible]

FACULTÉ DE MÉDECINE DE [illegible]. — [illegible] vacances [illegible] places dans [illegible] désignés [illegible] : M. [illegible] M. [illegible] M. Pitres [illegible] M. [illegible] — [illegible] : M. [illegible] MM. [illegible] et [illegible]

FACULTÉ DES SCIENCES DE [illegible]. — Un congé [illegible] est accordé, pour l'année scolaire 1888-89, à M. [illegible] d'[illegible] à ladite Faculté.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. *Faculté de médecine de Bâle.* — M. F. SIEBENMANN (d'Aarau), est nommé privat-docent d'otologie et de laryngologie. — *Faculté de médecine de Gressen.* — M. GAFFKY, est nommé professeur d'hygiène; — *Faculté de médecine d'Iéna.* — La liste de présentation des candidats à la chaire vacante de physiologie comprend les noms de MM. les Drs Biedermann (de Prague), Gad (de Berlin) et von Frey (de Leipzig); — *Faculté de médecine de Tomsk.* M. MALIEW, privat-docent à Kazan, est nommé professeur d'anatomie. M. DEGHEL, privat-docent à Kazan, est nommé professeur d'histologie. M. S. ZALESKI, assistant à Dorpat, est nommé professeur de chimie médicale; — *Faculté de médecine de Vienne.* Le titre de professeur extraordinaire a été conféré à M. le Dr F. KRATSCHMER, privat-docent d'hygiène et de chimie médicale; — *Faculté de médecine de Wurzbourg.* M. le Dr HOFMEIER, professeur à Giessen, est nommé professeur d'obstétrique et de gynécologie, en remplacement de M. Scanzoni.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'AMIENS. — M. Dhourdin, chargé d'un cours d'anatomie, est nommé professeur d'anatomie à ladite Ecole.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN. — M. Renard, docteur ès sciences physiques, est chargé, pendant l'année scolaire 1888-89, d'un cours de chimie à ladite Ecole. — M. Brunon, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est nommé professeur de pathologie interne à ladite Ecole.

ECOLE DE SANTÉ MILITAIRE. — Faisant droit à une demande adressée par M. Dujardin-Beaumetz, lors de son dernier voyage à Bordeaux, au sujet de la création de l'Ecole de santé militaire, l'administration militaire a cru qu'il était de son devoir, afin d'aplanir toutes les difficultés, de demander au Conseil le vote d'un crédit de 61.000 francs pour les fournitures de la literie et du mobilier scolaire indispensables pour la complète installation de la nouvelle école. Cette décision a été immédiatement transmise au ministre de la guerre.

AMBULANCES URBAINES. — Il y aura désormais, disent les journaux politiques, deux médecins de garde dans le pavillon construit par la Société des ambulances urbaines, les internes ne pouvant suffire aux besoins du service.

ASSISTANCE PUBLIQUE. *Don.* — Mlle Tuason a fait remettre à M. le Directeur de l'Assistance publique la somme de 500 francs pour les ouvriers sans travail et sans ressources sortant des hôpitaux.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. *Bourse de voyage.* — Le jury est ainsi composé : MM. Bourneville, Charpentier, Dagonet, Ferrand, Marandon de Montyel, Pengruelier, A. Voisin.

ASILE D'ALIÉNÉS DE MARSEILLE. — Un accident fatal s'est produit audit Asile. Un malade de la section des gâteux, appartenant à la haute Société marseillaise, où il a occupé une grande situation, s'étant sali plus que de coutume, son gardien particulier, pour le laver, trempa une éponge dans un liquide phéniqué à forte dose et nettoya le malade de la tête aux pieds. Le corps du malheureux devint comme une plaie, et le malade expira quelques heures après. Quand les docteurs déshabillèrent le cadavre, des lambeaux de chairs tombèrent avec les vêtements. Le parquet, saisi par la famille de la victime, a ordonné l'autopsie, qui a confirmé la déposition qu'avait faite le gardien Arbete. (*Radical*, 21 août 1888).

BIBLIOTHÈQUE DE PAU. — Notre ami et collaborateur, M. le Dr de MUSGRAVE-CLAYE vient d'être nommé membre du Comité d'inspection et d'achats de livres près ladite bibliothèque.

CENTENAIRE DE BUFFON. — Le maire de la ville de Montbard, où Buffon est né et où une statue lui a été élevée, vient d'inviter l'Académie des Sciences à se faire représenter à la célébration du centenaire de la mort de l'illustre savant, qui aura lieu le 17 septembre.

FEMMES MÉDECINS. — Il existe actuellement à New-York [illegible] femmes médecins. A Brooklyn et dans les autres Etats, le nombre des femmes médecins est encore plus considérable (*Ladies Pictorial*).

D'après la Gazette officielle du gouvernement de Turkestan, les femmes médecins, qui exercent dans cette province, doivent soutenir une lutte des plus pénibles contre les préjugés de la population musulmane. Les femmes sartes ne consentent à se faire soigner par les dames médecins que moyennant un [illegible] On trouve des mœurs analogues dans certaines parties de la Sibérie. C'est ainsi qu'il n'y a pas longtemps [illegible] Il fallait [illegible] de faire un cadeau de deux à trois roubles à chaque femme qui entrait à la maison d'accouchement [illegible], à Omsk (*Gaz. de gynécologie*).

JURISPRUDENCE MÉDICALE. — RESPONSABILITÉ DES PHARMACIENS. — DÉLIVRANCE DE POISONS. — Le tribunal correctionnel de Senlis vient de rendre, le 13 août courant, un jugement concernant la responsabilité des pharmaciens livrant des solutions de morphine et de cocaïne sans ordonnance de médecin. Le pharmacien a délivré sans ordonnance ces substances et a été poursuivi pour contravention à la loi du 19 juillet 1845, relative à la délivrance des poisons et aussi pour homicide involontaire résultant de l'emploi exagéré des solutions de morphine et de cocaïne. Le tribunal a condamné le pharmacien en quinze jours de prison et en 600 francs d'amende.

PHARMACIE. — VENTE. — DIPLÔME. — PROPRIÉTÉ. — Le pharmacien diplômé doit nécessairement être propriétaire de l'officine qu'il exploite. Est nulle, en conséquence, la vente faite par un pharmacien diplômé à condition qu'il continuera à gérer l'officine jusqu'à ce que l'acheteur ait lui-même obtenu son diplôme. Est, pareillement nulle la vente faite, dans les mêmes conditions, à une mère, avec stipulation que le vendeur gérera l'officine jusqu'à ce que le fils ait été reçu pharmacien. (Cour de cassation, audience du 13 août).

HOMMAGE AUX MÉDECINS DE L'EMPEREUR DU BRÉSIL. — La chambre municipale de Rio-Janeiro a décidé de provoquer une souscription dans le but d'offrir un présent au docteur Charcot, ainsi qu'aux deux médecins italiens qui ont soigné l'empereur du Brésil à Turin.

LEGS. — Des décrets autorisent les diverses institutions ci-après désignées à accepter les legs à elles faits par la demoiselle Pone. L'hôpital Saint-Jacques : 30,000 fr.; L'Union des femmes de France, une rente de 1,000 fr.

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Cochin, est chargé d'une mission en Russie, à l'effet d'étudier, dans les grands établissements hospitaliers et les principaux centres d'instruction médicale de ce pays, l'enseignement et les progrès de la thérapeutique. — M. VIAULT, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, est chargé d'une mission en Espagne, à l'effet d'y étudier l'organisation de l'enseignement médical.

PRIX CIVIALE. *Avis aux internes des hôpitaux de Paris.* — Un nouveau concours est ouvert entre les internes titulaires ou provisoires pour le prix biennal de 1.000 fr. fondé par feu le Dr Civiale, à l'effet d'être décerné à l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les *maladies des voies urinaires.* — Ce travail devra être déposé au Secrétariat général de l'Assistance publique, avant le 15 octobre 1888, au plus tard. Les élèves qui désireront concourir devront s'adresser, pour obtenir des renseignements, au Secrétariat général.

STATISTIQUE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE LONDRES pour la semaine dernière : 3,289 pauvres de plus que pendant la semaine correspondante d'août 1887.

UN SKOPTZY. — Le *Scalpel* du 19 août annonce « qu'un étudiant d'Odessa, atteint de folie religieuse, pratiqua sur lui-même la castration. Il se rendit après cette opération à l'église, où il se mit à prier avec ardeur pendant qu'une véritable mare de sang se formait sous lui. On le transporta immédiatement à l'hôpital. Pendant qu'on suturait la plaie, le blessé restait absolument indifférent et impassible. Il priait et faisait force signes de croix. Malgré une perte de sang très considérable, on espère le sauver. » — Nous rappellerons à nos lecteurs que notre ami Tenturier a publié sur les *Skoptzy* une étude très intéressante.

NÉCROLOGIE. — *Le Petit Parisien* du 23 août annonce la mort au Zambèze de M. le Dr Henri DARDIER, parti de Genève il y a un an et demi. Il a succombé aux fièvres pernicieuses du pays. — Le *Scalpel* annonce la mort du Dr PLETTINCK, de Meulebeke, conseiller provincial et bourgmestre de cette ville, ainsi que celle du Dr GÉRARD FOETTINGER, assistant à la Faculté de Liège.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VIII. N° 35 BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 1er SEPTEMBRE 1888.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE NERVEUSE

Un cas de paralysie générale spinale antérieure subaiguë suivi d'autopsie ;

Par MM. **A. PITRES**, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux et **L. VAILLARD**, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Sous le nom de *Paralysie générale spinale antérieure subaiguë*, Duchenne a décrit, en 1853, une affection assez rare caractérisée par les symptômes suivants : Paralysie rapidement envahissante des quatre membres, perte précoce de l'excitabilité faradique et atrophie en masse des muscles paralysés, intégrité de la contractilité des sphincters, absence de troubles de l'intelligence et de la sensibilité.

De même que la paralysie de Landry ou paralysie ascendante aigüe avec laquelle elle paraît avoir de grandes analogies et dont elle diffère surtout par la lenteur relative de sa marche, cette singulière affection succède habituellement aux maladies infectieuses ou aux coups de froid. Elle guérit d'ordinaire après une durée de quelques mois.

On est encore mal fixé sur sa nature. En lui appliquant la dénomination de paralysie *Spinale antérieure*, Duchenne avoue lui-même qu'il a exprimé une théorie pathogénique reposant sur une simple vue de l'esprit. Les deux autopsies auxquelles il avait eu l'occasion d'assister ne permettaient, en effet, aucune affirmation relativement au siège des lésions médullaires ; elles n'autorisaient même pas à affirmer qu'il existât des lésions médullaires constantes, car, si dans la première l'examen microscopique fit constater, dans une étendue de six centimètres à partir de la quatrième vertèbre cervicale, un peu d'injection et de diffluence de la portion antérieure de la moelle, en revanche dans la seconde il est expressément spécifié que le cerveau et ses membranes, la moelle et les racines rachidiennes ne présentaient aucune lésion appréciable à l'œil nu. Quant à l'examen microscopique, il ne fut pratiqué dans aucun de ces deux cas.

Depuis lors il n'a été publié qu'un très petit nombre d'observations de paralysie générale spinale antérieure subaiguë, suivies d'autopsie régulière. A vrai dire, nous n'en connaissons que deux et les renseignements qu'elles ont fournis ne sont pas concordants. Dans l'une, rapportée par MM. Cornil et Lépine (1), il existait une sclérose très manifeste des cordons latéraux de la moelle avec envahissement des cornes antérieures. Bien que le malade n'ait présenté, à aucun moment, de contracture des membres, il est permis de se demander s'il ne s'agissait pas là d'un cas de sclérose latérale amyotrophique à symptomatologie anormale, plutôt que d'un exemple légitime de paralysie générale spinale antérieure subaiguë.

Dans l'autre plus récente, relatée avec des détails minutieux, par MM. Landouzy et Dejerine (2), et dans laquelle le diagnostic ne paraît pas contestable, on trouve des altérations légères et diffuses de la substance grise des cornes antérieures et, dans un point limité un ancien foyer de téphro-myélite ; les racines rachidiennes et les nerfs périphériques étaient dans un état de parfaite intégrité.

Les lésions étaient très différentes dans l'observation suivante dont la partie clinique nous a été obligeamment communiquée par le professeur Kelsch.

OBSERVATION. — *Homme 43 ans, d'une constitution robuste, surpris par une pluie d'orage, le 11 septembre 1886. A la suite de ce coup de froid, frissons, malaise, coliques, embarras gastrique, ténesme rectal. Puis affaiblissement progressif des quatre membres, allant jusqu'à l'impotence absolue ; atrophie musculaire diffuse ; perte rapide de l'excitabilité faradique des muscles ; sensibilité cutanée normale : pas de paralysie des sphincters. Mort de pneumonie huit mois après le début des accidents. Autopsie : Altérations profondes des nerfs périphériques : altérations légères des racines rachidiennes et des cordons blancs de la moelle épinière ; intégrité apparente des cellules des cornes antérieures.*

T...., 43 ans, 4e régiment de zouaves. Père mort de la goutte, mère aliénée ; un frère âgé de 40 ans est atteint de la goutte.

T...., d'une constitution vigoureuse et robuste a joui d'une excellente santé pendant son jeune âge et son adolescence. En 1867, il contracte une blennorrhagie qui se complique d'orchite à gauche. En 1872, nouvelle uréthrite, suivie d'une adénite inguinale à droite, non suppurée. Depuis lors, il s'est toujours très bien porté.

Le 11 septembre 1886, étant en garnison à Gabès (Tunisie), T..... est surpris, au cours d'une promenade par un violent orage et se trouve exposé pendant plusieurs heures à une pluie torrentielle ; il rentre chez lui transi de froid et ne peut se réchauffer. Le soir, il est pris de violents frissons, se couche aussitôt, dort mal et le lendemain, au réveil, ressent un malaise gastrique, des coliques avec envies fréquentes d'aller à la selle, ténesme, suivi du rejet d'une très petite quantité de matières liquides, sans caractère spécial. Une dose d'ipéca fait disparaître les troubles gastriques et intestinaux.

Le 18 septembre, sans cause appréciable, les mêmes symptômes se reproduisent : coliques très douloureuses, envies fréquentes d'aller à la garde-robe, ténesme, épreintes, selles liquides presque insignifiantes. L'appétit est nul et le malade sent ses forces diminuer. Cet état persiste avec des améliorations passagères jusqu'au 30 octobre. La faiblesse augmentant, T..., rentre à l'hôpital de Gabès. Sous l'influence d'un traitement par l'ipéca, le sulfate de soude et ultérieurement le quinquina, un soulagement sensible se produit rapidement ; la diarrhée s'arrête, l'appétit renaît, les forces reviennent.

Ces accidents gastro-intestinaux ont évolué au milieu de l'apyrexie la plus complète, jamais la température du corps ne s'est élevée au-dessus de 37°,5.

Le 11 novembre, T..., quitte Gabès pour venir à Paris, jouir d'un congé de convalescence de deux mois.

Pendant la traversée, les accidents précédemment signalés se renouvellent et le malade est pris de douleurs gastriques avec vomissements bilieux, de coliques violentes avec épreintes, ténesme et rejet de selles liquides en quantité minime. Le 25, il arrive à Paris, dans un état de faiblesse extrême « pouvant à peine se traîner » et se voit dans la nécessité d'entrer à l'hôpital du Val-de-Grâce, le 27 novembre 1886. Le même jour les troubles gastro-intestinaux s'apaisent spontanément et le 28, au moment où T.... est vu pour la première fois, il n'accuse plus qu'une faiblesse générale, en réalité très marquée.

(1) Cornil et Lépine. — *Sur un cas de paralysie générale spinale antérieure subaiguë suivi d'autopsie. Gaz. méd. de Paris* et th. d'agrég. Hallopeau, 1875, p. 70.

(2) Landouzy et Déjerine. — *Des paralysies générales spinales à marche rapide et curable. Revue de médecine*, 1882, p. 647.

T... est amaigri, en proie à une inquiétude muette ; la face est émaciée, d'un teint pâle, terreux ; les conjonctives et les muqueuses sont décolorées. L'exploration minutieuse des différents organes, ne révèle rien d'anormal. Les appareils circulatoire et respiratoire sont dans un état d'intégrité parfait. Le foie et la rate présentent leurs dimensions habituelles. Le ventre souple, indolore, n'offre rien de particulier : les coliques et la diarrhée ont disparu. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

Le 29 novembre, à son réveil, après une nuit tourmentée par des rêves pénibles, T.... s'aperçoit que son membre supérieur droit est engourdi, lourd, difficile à remuer. Les mouvements de l'avant-bras sur le bras, la flexion et l'extension des doigts s'exécutent, il est vrai, d'une manière normale ; mais l'élévation du bras au-dessus du plan du lit est fort mal aisée, presque impossible. La sensibilité est normale dans tous les modes.

Dans l'après-midi du même jour, des troubles semblables se manifestent sur le membre supérieur gauche. Le malade sent, tout d'un coup, ce dernier s'engourdir ; il ne peut le soulever au-dessus du lit. Apyrexie complète.

Les jours suivants, les mêmes phénomènes persistent et la paralysie reste limitée aux muscles de l'épaule des deux côtés. La sensibilité est toujours respectée.

L'exploration électrique des muscles des membres supérieurs pratiquée le 2 décembre, démontre la conservation de leur excitabilité aux courants faradiques.

Etat des forces : M S D = 22 kilos ; M S G = 22 kilos.

5 décembre. Le malade accuse une faiblesse marquée des membres inférieurs ; il peut à peine les élever au-dessus du plan du lit. La station debout est difficile, car les jambes fléchissent rapidement ; la marche est devenue presque impossible.

6 décembre. La paralysie des membres supérieurs, qui était limitée jusqu'alors aux muscles de l'épaule, a gagné les muscles du bras et la partie postérieure de l'avant-bras. La flexion de l'avant-bras sur le bras est impossible ; l'extension se fait encore, mais avec de grandes difficultés. Les extenseurs des doigts sont inertes ; les fléchisseurs agissent encore, mais faiblement. M S D = 10 kilos ; M S G = 10 kilos.

Les muscles du tronc, du cou, de la nuque, de la face conservent l'intégrité de leurs mouvements. Tous les muscles, même le plus inerte, réagissent normalement aux courants induits.

La sensibilité est absolument intacte dans les différents modes, sur toute la surface du corps. Les sphincters fonctionnent régulièrement. Rien du côté des organes des sens. Apyrexie.

Pendant les jours qui suivent, les troubles moteurs s'accentuent encore davantage. Les membres supérieurs deviennent progressivement incapables d'accomplir le moindre mouvement.

Force dynamométrique :

15 décembre. M S D = 9 kilos ; M S G = 7 kilos.

22 décembre. M S D = 5 kilos ; M S G = 5 kilos.

11 janvier. M S D = 0 kil. ; M S G = 0 kil.

De même les membres inférieurs perdent toute motilité. Les quatre membres sont alors frappés de paralysie *flasque, complète, absolue.*

A la date du 20 janvier 1887, les muscles de l'épaule, des deux côtés, ne réagissent plus aux courants induits. Ceux de la région postérieure des avant-bras droit et gauche ne réagissent que très faiblement. Les muscles du bras, de la partie antérieure des avant-bras et ceux des membres inférieurs conservent encore leur réaction normale. Les masses musculaires, principalement celles des membres supérieurs, sont déjà le siège d'une atrophie manifeste.

La sensibilité reste toujours normale. Intégrité des sphincters.

Ultérieurement les troubles paralytiques persistent sans modification appréciable. Mais on note d'une part, la disparition progressive de l'excitabilité faradique des muscles qui, dans l'examen précédent, avaient présenté des réactions normales, et, d'autre part, la diminution croissante du volume des masses musculaires.

Vers le 10 février se manifestent des accidents dyspnéiques survenant [illegible] la nuit, [illegible] et que rien n'explique dans l'état du [illegible] des poumons.

14 février. Œdème des mains et des extrémités inférieures. Urines normales [illegible].

1er mars. Agitation et délire pendant la nuit. Cet état persiste à la visite du matin ; [illegible] de la face, [illegible] des lèvres, [illegible] de la parole. Le malade prononce avec volubilité des paroles inintelligibles. Ces troubles cérébraux persistent [illegible] jusqu'au [illegible] mars.

L'œdème des membres [illegible]. La paralysie ne s'est modifiée en rien ; la sensibilité reste parfaite sur toute la surface du corps.

[illegible] mars. [illegible] aux membres supérieurs. Le malade exécute assez bien les mouvements de flexion des doigts. Il commence à soulever les coudes au-dessus du plan du lit en prenant un point d'appui sur sa main et le poignet.

Les muscles de l'épaule et du bras, des deux côtés, ne réagissent pas aux courants induits. Il en est de même des muscles de la région postérieure des avant-bras ; seuls les fléchisseurs se contractent, mais très faiblement. Aux membres inférieurs, les muscles postérieurs de la cuisse restent seuls contractiles.

[illegible] mars. Agitation et délire presque continuels qui persistent jusqu'au [illegible] mars.

Le mois d'avril se passe sans incident notable.

Vers les premiers jours de mai, on constate une amélioration marquée dans la motilité du membre supérieur droit, le malade peut élever la main jusqu'à la hauteur de la tête. Le bras gauche reste toujours inerte.

Le 17 mai, [illegible] dyspnée qui se prolonge durant plusieurs heures. La [illegible] on reconnait dans le tiers inférieur du poumon, l'existence d'une hépatisation pneumonique sans fièvre. Agitation, dyspnée persistante, oppression progressivement croissante, accès de suffocation pendant la nuit ; délire presque continuel ; apyrexie. Mort le 28 mai.

Autopsie. — Œdème très marqué des quatre membres. [illegible] sous-cutané.

Poumons. — [illegible] dans les deux plèvres. Dans la moitié inférieure du poumon droit [illegible] pneumonique, [illegible] un volume d'une petite pomme [illegible] à la partie supérieure et postérieure du lobe inférieur.

Cœur. — [illegible] toutes les cavités et très surchargé de graisse ; [illegible] à l'origine de l'aorte.

Abdomen. — [illegible] dans le foie [illegible]. Le tube intestinal ne présente aucune altération appréciable et notamment aucune lésion de [illegible].

Cerveau. — [illegible] les parties centrales ne diffèrent en rien de l'état normal.

Moelle. — [illegible] sont [illegible]. La moelle [illegible] que l'état ordinaire. [illegible] on ne distingue d'autre modification qu'une [illegible], les cornes antérieures, [illegible] dis-[illegible].

Les racines et les nerfs [illegible] leur volume, leur [illegible] et leur coloration ordinaires.

Les muscles [illegible] mis à découvert sont considérablement atrophiés [illegible].

Examen microscopique. — [illegible] Après un séjour de quinze [illegible] à [illegible], la moelle [illegible] suffisante [illegible], lesquelles, après avoir été colorées au carmin, ont été déshydratées par l'alcool [illegible] et montées en [illegible] dans le baume de Canada.

[illegible] on voit [illegible] que les deux moitiés de la moelle sont symétriques et ne présentent aucune déformation appréciable.

A un faible grossissement, on constate que les travées de la

névroglie sont un peu plus épaisses au niveau des cordons de Goll et des cordons latéraux que dans les cordons antérieurs et dans la partie externe des cordons postérieurs.

A un grossissement plus fort (obj. 6, oc. 1 de Verick) on distingue plus nettement, dans les régions qui viennent d'être indiquées, l'épaississement des travées névrogliques. On y voit aussi un grand nombre de noyaux anguleux vivement colorés par le carmin, encastrés dans les intervalles des tubes nerveux. Ceux-ci paraissent du reste tout à fait sains. Leurs cylindre-axes sont bien conservés ; ils ne sont pas augmentés de volume et sont entourés de gaines myéliniques normales. Nulle part on ne trouve de corps granuleux ni de corpuscules amyloïdes. Quelques vaisseaux sanguins paraissent avoir des parois légèrement épaissies. Nulle part on ne trouve d'amas de leucocytes ni de foyers de désintégration des éléments nerveux.

Les fibres radiculaires qui se détachent des cornes antérieures et traversent les cordons antérieurs pour aller former les racines motrices ne présentent aucune altération appréciable. Sur certaines coupes, on voit très distinctement dans leur intérieur de longs fragments de cylindre-axes bien colorés par le carmin.

Les fibres radiculaires postérieures, dans leur trajet en dedans du bord interne des cornes postérieures sont, elles aussi, tout à fait saines. Les cordons antérieurs, les cordons de Türck et la partie externe des cordons postérieurs sont absolument normaux.

La substance grise des cornes antérieures et postérieures ne paraît pas altérée. Les cellules des cornes antérieures sont nombreuses, volumineuses, munies de prolongements très distincts. Quelques-unes sont ratatinées dans leurs capsules, ainsi que cela s'observe sur des coupes de moelles tout à fait saines ; aucune ne paraît être en voie d'atrophie granuleuse. Il nous a paru intéressant de compter sur quelques coupes les cellules des cornes antérieures ; dans la région cervicale nous en avons trouvé en moyenne 48 à 50, dans la région lombaire 75 à 80.

Le canal épendymaire est obstrué par un amas de cellules ratatinées et peu distinctes. Les gros vaisseaux sanguins situés aux deux extrémités de la commissure grise ont des parois un peu épaissis, mais ils ne sont pas oblitérés et leur tunique interne ne porte pas de traces d'endardérite. Les gaines lymphatiques qui les enveloppent ne renferment pas de globules blancs.

En résumé les cornes antérieures et postérieures, les cordons antérieurs et la partie externe des cordons postérieurs sont tout à fait normaux. On ne rencontre dans la moelle d'autre lésion notable qu'un léger degré d'épaississement diffus de la névroglie avec multiplication des noyaux, dans les cordons latéraux et dans les cordons de Goll.

2° *Des nerfs périphériques.* — Tous les nerfs examinés présentent des altérations considérables, toujours semblables à elles-mêmes, quelque soit le tronc ou le filet nerveux, différant seulement d'un point à un autre par le degré de leur diffusion ou de leur évolution : par leurs caractères anatomiques, ces lésions s'identifient avec celles qui appartiennent à la forme de névrite habituellement décrite sous le nom de *névrite dégénérative*.

A. *Nerfs du membre inférieur gauche.* — Le *plantaire interne* ne renferme qu'une proportion infime, presque insignifiante, de fibres saines. La plupart sont atrophiées, réduites à l'état de gaines vides auxquelles se mélangent des fibres partiellement atrophiées et très finement variqueuses. Ces deux degrés de l'altération sont de beaucoup prédominants; mais ils ne sont pas les seuls et on rencontre également des tubes dont l'altération en est encore aux périodes de début, se caractérisant par la fragmentation de la myéline en boules volumineuses ou en blocs irréguliers.

Quelques rares fibres nerveuses paraissent en voie de régénération.

Le *musculo-cutané*, pris sur le dos du pied, le *saphène tibial*, le *tronc du sciatique poplité interne* présentent des lésions semblables; peut-être ce dernier nerf montre-t il un nombre un peu plus appréciable de fibres saines.

Le *tibial antérieur* (tiers inférieur), le *saphène interne* et le *sciatique poplité externe* ne sont guère moins lésés que les précédents. La proportion des fibres saines, tout en restant minime, y semble à la vérité moins restreinte, mais les autres tubes nerveux apparaissent tout aussi profondément désorganisés ; les gaines vides, les fibres finement variqueuses abondent. Ce qui paraît dominer surtout, ce sont les formes initiales de la dégénération : segmentation de la myéline en boules ou en blocs.

B. *Nerfs du membre inférieur droit.* — Le *musculo-cutané*, au dos du pied, le *tibial antérieur* pris au tiers moyen, le *sciatique poplité interne*, le *sciatique poplité externe*, présentent des lésions identiques à celles des nerfs homologues pris sur le membre inférieur gauche.

Les *filets musculaires des jumeaux* ne sont pas altérés au même degré que ces derniers. Ils contiennent encore une proportion notable de fibres saines, mais celles-ci sont beaucoup moins nombreuses que les fibres altérés.

C. *Nerfs du membre supérieur gauche.* — Le tronc du *médian*, pris au poignet, est aussi profondément lésé que les différents nerfs des membres inférieurs. Il est surtout constitué par un amas de fibres atrophiées (gaines vides), de tubes finement variqueux et de tubes en voie d'altération commençante (myéline fragmentée en boules ou en blocs). Les fibres saines sont relativement très rares.

Le *cubital* recueilli dans la gouttière épitrochléenne ne diffère du précédent que par la proportion un peu plus marquée peut-être des fibres saines qu'il possède.

Le *collatéral dorsal de l'index* renferme plus de tubes sains que de tubes altérés.

D. *Nerfs du membre supérieur droit.* — Le *cubital* dans la gouttière épitrochléenne présente des lésions identiques à celles du cubital gauche.

Le *médian* (au pli du coude) est le moins altéré de tous les nerfs ; il contient beaucoup plus de fibres saines que de fibres malades. Cependant on y voit des faisceaux de gaines vides, mélangées à des tubes variqueux. Quelques fibres paraissent en voie de régénération.

E. *Racines médullaires.* — Les racines n'ont pu être examinées, comme les nerfs, par le procédé de l'immersion dans l'acide osmique ; elles ont été dissociées après un séjour d'un mois dans une solution de bi-chromate d'ammoniaque à 2/100 et coloration par le picro-carmin. Il nous a paru que quelques-unes de leurs fibres étaient altérées. Leur myéline offre des segmentations évidentes ; le cylindre-axe est sectionné sur des points multiples, ratatiné, rétracté et cela aussi bien dans les racines antérieures que dans les racines postérieures. Mais ces fibres altérées sont beaucoup moins nombreuses que les fibres saines ; on ne trouve pas, comme dans les nerfs, des faisceaux de tubes totalement atrophiés.

Les symptômes observés chez le malade dont nous venons de rapporter l'histoire étaient exactement ceux que Duchenne attribuait à la paralysie générale spinale antérieure subaiguë. Pour expliquer leur production nous trouvons à l'autopsie des lésions complexes de la moelle épinière et des nerfs périphériques.

Les lésions médullaires sont relativement légères ; elles sont représentées par un épaississement diffus du tissu conjonctif interfibrillaire, apparent seulement dans les cordons antéro-latéraux, et le cordon de Goll. Quant aux cornes de substance grise, elles paraissent épargnées; les cellules qu'elles renferment sont aussi distinctes, aussi volumineuses, aussi nombreuses qu'à l'état normal.

Les lésions des nerfs périphériques sont, au contraire, très profondes; elles sont constituées par des altérations dégénératives des fibres nerveuses, frappant également les filets sensitifs et les filets moteurs, et d'autant plus marquées que les nerfs examinés sont plus éloignés des centres nerveux.

Que signifie cette coexistence de lésions centrales et périphériques ?

Naguères on n'eut pas manqué de considérer les altérations des nerfs comme résultant directement des altérations de la moelle épinière. On pensait que les fibres

nerveuses périphériques n'avaient pas d'autonomie pathologique, et que lorsqu'on les trouvait dégénérées c'est qu'elles avaient été séparées de leurs centres trophiques ou que ces centres trophiques avaient été eux-mêmes le siège d'altérations préalables.

Les recherches entreprises depuis quelques années sur les névrites ont fait perdre à ces doctrines ce qu'elles avaient de trop absolu. Elles renfermaient incontestablement une part de vérité. Il est certain (et personne ne songe à le nier) que les nerfs périphériques, séparés des centres médullaires, subissent secondairement toutes les phases de la dégénération wallerienne. Il est certain aussi que les lésions destructives des cornes antérieures de la moelle épinière déterminent des dégénérations consécutives des fibres motrices prenant leur origine dans le segment de moelle primitivement altéré. Mais beaucoup de personnes pensent que la pathogénie des altérations des nerfs périphériques n'est pas étroitement enfermée dans ces deux éventualités et qu'il y a des causes d'altération qui portent primitivement leur action sur les nerfs périphériques sans intéresser en aucune façon la moelle épinière. C'est là le correctif qu'il faut ajouter à l'énoncé des doctrines anciennes, car il est, semble-t-il, surabondamment démontré que dans une foule de circonstances les nerfs dégénèrent et s'atrophient, bien que les centres médullaires, correspondant à leurs points d'origine, conservent intégralement leur structure et leurs propriétés physiologiques.

Dans le cas actuel, il nous paraît que les altérations des nerfs périphériques n'étaient pas consécutives aux altérations médullaires, et cela pour plusieurs raisons. D'abord parce que les lésions des fibres nerveuses n'étaient pas continues du centre à la périphérie, puisque les troncs nerveux et les racines rachidiennes étaient beaucoup moins altérés que les filets terminaux; ensuite parce que les nerfs sensitifs étaient affectés au même titre que les nerfs moteurs, ce qui ne peut s'expliquer par l'hypothèse d'une lésion primitive des centres trophiques médullaires, puisque la destruction de ces centres trophiques n'entraîne de dégénération que dans les fibres centrifuges, c'est-à-dire dans les fibres passant par les racines antérieures pour aller constituer les nerfs moteurs.

Il faut donc admettre qu'il y avait, dans notre cas, des lésions contemporaines, mais non subordonnées les unes aux autres, de leucomyélite diffuse et de polynévrite. Il est probable qu'une même cause générale toxique ou infectieuse a porté son action sur tout l'organisme et altéré à des degrés divers, ici les fibres nerveuses périphériques, là le tissu interstitiel de la moelle épinière.

Cela étant admis, quelle part faut-il faire dans l'interprétation des divers symptômes de la maladie aux altérations de la moelle et à celles des nerfs périphériques? Il est fort difficile de répondre catégoriquement à cette question. Il est probable cependant que la paralysie envahissante des membres, l'atrophie rapide et la perte précoce de l'excitabilité des muscles paralysés étaient plutôt la conséquence des lésions névritiques que des lésions médullaires. On peut tout au moins expliquer ces symptômes par le fait seul des névrites périphériques tandis qu'il serait impossible de les expliquer par le fait seul de la leucomyélite.

Une particularité bien surprenante, c'est que la sensibilité ait été à peine affectée, quoique les nerfs sensitifs fussent altérés au même degré que les nerfs moteurs. Il y a là, il faut bien l'avouer, une inconnue qui n'est pas encore suffisamment dégagée. Le seul mot de névrite éveille dans l'esprit de la plupart des cliniciens l'idée d'une affection douloureuse. Théoriquement on a même de la peine à concevoir des névrites des nerfs mixtes ou des nerfs sensitifs sans réaction sensitives internes. Mais en fait, et sans que nous sachions au juste pourquoi, il y a des névrites des nerfs mixtes qui se traduisent à peu près exclusivement par des paralysies atrophiques des muscles (par exemple, les névrites saturnines) tandis que d'autres donnent surtout lieu à des troubles sensitifs (par exemple les névrites alcooliques). Il en est même un certain nombre qui restent latentes où ne donnent lieu qu'à des phénomènes sans importance.

Quelles que soient les causes de ces différences symptomatiques, il n'est plus possible d'en contester la réalité. Il faut donc en accepter franchement les conséquences et reconnaître que les névrites périphériques peuvent revêtir les formes cliniques les plus dissemblables et simuler des affections très différentes les unes des autres comme le sont, par exemple, le tabes et les paralysies spinales.

Le fait que nous venons de rapporter démontre même qu'elles peuvent simuler la paralysie générale spinale antérieure subaigue, si tant est que cette forme de paralysie ait une existence nosologique propre car à voir la diversité des lésions constatées dans les trois autopsies régulières qui ont été publiées jusqu'à ce jour, on peut légitimement se demander s'il ne s'agit pas là d'un syndrome clinique dépendant d'altérations anatomiques variables, plutôt que d'une maladie distincte et nettement spécifiée.

PATHOLOGIE INTERNE

Note sur un cas de maladie de Basedow. — Amélioration remarquable des phénomènes de la série goître exopthamique sous l'influence d'une grossesse ;

par **SOUZA-LEITE**, ancien interne des Asiles de la Seine.

La réduction des symptômes du goître exophthalmique pendant le cours et sous l'influence de la grossesse fut signalé pour la première fois, sous une forme explicite, par M. le professeur Charcot ; il s'agit de la fameuse observation d'une malade, mariée, admise dans le service de Piorry à la Charité. Cette femme, qui était enceinte, quitta l'hôpital et fut suivie par M. Charcot, alors chef de clinique du professeur de la Charité. Ce fait eut lieu en 1856 et, cinq ans plus tard, MM. Charcot et Trousseau, qui se trouvèrent en consultation au sujet d'un troisième cas de Basedow, firent comprendre à la malade l'heureuse influence probable d'une grossesse. La grossesse s'est réalisée et les résultats n'en furent que très favorables (1). Dans la suite, quelques autres cas semblables ont été vus.

Le notre fournit un exemple très probant de ce que nous venons de dire et mérite d'être indiqué; on le verra en comparant l'état du sujet avant et pendant la gestation.

Mlle Coff... 27 ans, servante, admise salle Sainte-Jeanne, service de M. le professeur Sée, à l'Hôtel-Dieu, le 21 février 1888, ne donne des renseignements sur ses parents. Rougeole à 6 ans, époque où ses membres supérieurs, notamment ses mains et ses doigts, furent pendant quelques mois

(1) J.-M. Charcot. — Mémoire lu à la *Société de biologie* en mai 1856 et paru dans la *Gazette médicale*, de la même année. Sur la maladie de Basedow, *Gazette hebdomadaire*, 1859, p. 266. Nouveau cas de maladie de Basedow : heureuse influence d'une grossesse survenue pendant le cours de la maladie, *Gazette hebdomadaire*, 1881, p. 56[illegible]. Leçon du mardi, à la Salpêtrière, p. 180, 1888.

pris de mouvements brusques et convulsifs : en pelant des pommes de terre ou nettoyant un objet arrondi quelconque, ses doigts s'étendaient rapidement, brusquement, et l'objet était projeté devant soi à une certaine distance. A 17 ans, apparition des règles qui, dès le mois suivant, disparaissent pour revenir seulement à 19 ans (1880) et irrégulièrement. Entre 1883-84, se trouvant en Italie, on note qu'elle s'empresse toujours un peu trop, pendant certaines promenades sur des montagnes. En février 1884, la famille, chez qui elle travaille, vient dans une petite ville, près de Londres, et Mlle Coff... est obligée de faire en chemin de fer un parcours répété entre ces deux endroits. Au bout de 4 mois, elle s'aperçoit, toutes les fois qu'elle marche plus vite, des troubles suivants : étouffements, accompagnés quelques semaines plus tard, de palpitations cardiaques, de douleurs vagues à la région précordiale, s'irradiant jusque dans l'épaule gauche ; de temps en temps, de légers battements dans les tempes et le cou qui gonflait et les yeux qui devenaient un peu saillants. A l'occasion des étouffements plus marqués, quelques quintes de toux. Amaigrissement, diminution des forces. En juin, fatigue et oppression pendant ses courses, au point que la malade, l'escalier monté, se couchait tout de son long et sans oreiller sur le plancher de sa chambre : ceci lui procurait un soulagement immédiat ; affaiblissement progressif quoique lent, des membres pelviens. Inquiétude de la malade et de sa maîtresse qui l'envoie à Southampton, au moment des vacances des enfants. Retour de la malade au commencement d'octobre, sans amélioration ; elle en est très affectée. Une semaine après son arrivée, après une course, étouffements, toux, palpitations douloureuses, battements forts dans le cou, les yeux, les tempes, *dans l'intérieur de la tête*, parésie des jambes et même du tremblement des membres ; elle s'alite pendant deux mois et demi (jusqu'à la mi-décembre), et alors elle commence à se lever. Comme depuis le début des accidents quelques personnes et la malade elle-même *incriminaient l'air* et l'agitation de Londres de lui donner cette maladie, Mlle Coff... ne parle que de retourner à Paris, où elle arrive en janvier 1885. Une quinzaine de jours après, elle est admise dans le service de M. le professeur Hardy, à la Charité, qui lui ordonne des préparations arsénicales, la teinture de Mars tartarisée et des douches froides ; amélioration appréciable. La malade, toujours d'une impressionnabilité excessive, se frappe toutes les fois qu'une de ses compagnes est sérieusement malade ou est agonisante, et quitte en raison de cela le service après un séjour de 8 mois. Elle n'y revient pas, malgré la promesse qu'elle avait faite et entre dans une maison de santé particulière protestante, où la soigne le docteur Boutin. Alors, diarrhée abondante, lui laissant peu de répit, se prolongeant pendant de longues semaines ; paralysie des membres pelviens, tuméfaction, douleurs et *de l'eau* dans les genoux, moins marquées dans les cous-de-pieds, les coudes et les poignets ; fièvre faisant penser à la dothiénenthérie ou au rhumatisme articulaire. Faiblesse générale ; tremblement de tout le corps (1), lui rendant la marche mal assurée ; palpitations du cœur et des artères ; tuméfaction et battements du cou, protrusion et battements des yeux, surtout à certains moments de fatigue ou de contrariété ; nystagmus des globes oculaires ; douleurs dans la poitrine s'irradiant jusque dans l'épaule. Quelques fringales. Sueurs des extrémités.

Tous ces phénomènes en restent là, tantôt plus tantôt moins intenses jusqu'en octobre 1887, époque où commence à se faire un amendement des symptômes cardinaux notés ci-dessus. A peu près en juin-septembre, quand la malade regardait un objet transparent, placé devant soi, comme un verre, elle le voyait presque toujours un peu à côté de la place réelle occupée par cet objet, et c'était du côté gauche du champ visuel ; un certain effort d'accommodation lui était nécessaire pour le voir en face.

Actuellement, 28 février 1888, *amélioration très prononcée* de tous les symptômes. Ainsi, au lieu de 130 pulsations qu'on avait constatées, à la Charité, en 1885, la malade n'a, à la radiale, que 90-110 battements correspondants à autant de pulsations cardiaques ; le tremblement vibratoire, quand il se montre, est très peu intense ; le goitre, notamment à gauche, et l'exophthalmie sont réduits à un tiers de ce qu'ils furent ; plus de diarrhée (1), ni de paraplégie. Pas d'altérations articulaires appréciables. Nystagmus provoqué horizontal et vertical ; les pupilles réagissent à une flamme et aux distances, un peu de paresse à la convergence ; pas de signe de de Graefe ; pas de blépharoptose. Pas d'adénopathie cervicale ni inguinale. Frottement de péricardite au troisième espace intercostal, médiocre ; roulement présystolique à la pointe du cœur. Sommeil quelquefois agité. Léger affaiblissement de la mémoire, émotivité facile. Sensibilité cutanée conservée ; réflexes plantaires et rotuliens plus faibles qu'à l'état normal. Amaigrissement, pâleur de la peau et des muqueuses, mais pas de vitiligo.

Une particularité fort importante à signaler, que nous avons réservée tout exprès pour la fin de l'observation, n'est ni plus ni moins que l'existence d'une grossesse de 5 à 6 mois. Et à ce propos, notons que la malade est affectée d'un état de véritable insouciance en ce qui concerne des questions qui ne sont pas relatives à sa grossesse ni aux motifs (promesse et espérance de mariage) de celle-ci ; cela, si Mlle Copp... n'est pas contrariée. Opposition et entêtement à l'occasion de certains sujets, même lorsque ceux-ci peuvent lui être agréables. Beaucoup de chagrins de la part de sa mère qui l'a maltraitée. Fonctions digestives à peu près normales.

Il n'est pas besoin d'insister sur les troubles présentés par Mlle Copp. pour montrer que c'est bien là un cas de maladie de Basedow ou de Graves ; en effet, des cinq symptômes fondamentaux : goître, exophthalmie, tachycardie, tremblement spécial vibratoire rapide et diminution de la résistance électrique, seule, cette dernière nous n'avons pas pu constater ; en plus, la plupart des symptômes de la série *goître exophthalmique* s'y trouvent, comme on pourra le vérifier à la lecture des travaux de MM. Charcot, Trousseau, M. le professeur Grasset, MM. Marie, Ballet, etc. Mais ce sur quoi nous attirerons spécialement l'attention, c'est la modification heureuse que l'apparition de la grossesse a produite sur l'intensité et le développement des phénomènes caractéristiques de la maladie de Basedow ; modification d'où est résulté un amendement des désordres plus rapide et certainement plus décisif que celui qui, proviendrait des médications appropriées qu'on a l'habitude d'employer dans les cas de ce genre ; on pourrait la qualifier de thérapeuthique. Enfin, si, comme l'a dit notre maître, (leçon 10, p. 186, mardi 1888) la grossesse ne passe comme un moyen thérapeutique facile à employer, parce que l'homme, bien que moins souvent que la femme, peut être également atteint de cette névrose générale, il n'est pas moins vrai qu'on aura le droit de conseiller, dans un bon nombre de cas, le développement d'une grossesse dans le but d'obtenir, sinon une guérison, au moins une amélioration plus ou moins prononcée de la maladie et qui peut être *véritablement surprenante* (2).

(1) P. Marie. Des formes frustes de la maladie de Basedow, 1883, Paris, p. 3 et passim.

(1) Cette diarrhée ne s'accompagnait pas de douleur, son apparition et sa terminaison étaient imprévues ; en [illegible], sa manifestation se faisait par crises. Ces crises diarrhéiques spéciales, dit M. Charcot, présentent quelques analogies avec les crises gastriques du tabes. Leçon 17, 10 avril 1888. — Polyclinique.

(2) Dans un travail inséré dans la *Revue de médecine* (nos de mai et juillet 1888), M. le Dr Ballet, professeur agrégé de la Faculté, après avoir démontré par une série d'arguments que les symptômes de la maladie de Basedow ne peuvent pas être expliqués par la paralysie ni par l'excitation des nerfs [illegible] du système sympathique, soutient que la maladie en question est primitivement une névrose [illegible] dans la [illegible], *[illegible] un des types les plus [illegible] de la pathologie*, relevant d'altérations [illegible], spécialement des paralysies [illegible] des pneumogastriques et des centres vaso-moteurs accompagnés de la série des phénomènes correspondants. M. Ballet s'empresse de dire que, dans les cas complets, la maladie de Basedow est une névrose à la fois cérébrale, bulbaire et spinale.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De la Saccharine (1).

Avant de passer aux applications thérapeutiques de la saccharine, il est intéressant de savoir *comment cette substance se comporte dans l'économie*. Ici encore, on trouvera des renseignements dans le travail de Salkowski, déjà cité, et dans un travail italien de Adduco et Mosso paru dans les *Archives pour les Sciences Médicales de Turin* (1886) (2). Salkowski soumit des chiens à un régime azoté en y ajoutant une quantité de saccharine variant entre 1 et 2 grammes : il trouva que ce corps n'exerçait aucune influence sur la nutrition de l'animal. D'autres expériences furent faites sur des lapins, soumis au régime des féculents, et on put constater que la saccharine n'avait amené aucun trouble chez eux. Chez l'homme, du reste, la saccharine paraît parfaitement tolérée dans la majorité des cas. Les expérimentateurs cités s'en sont administré des doses variables, en ont même fait un usage domestique, pour remplacer le sucre, sans éprouver aucun inconvénient. Il faut cependant faire quelques réserves sur la tolérance pour ce corps, si on en continue son emploi pendant longtemps. M. Dujardin-Beaumetz a pu donner de 2 à 6 grammes de saccharine à des lapins et à des chiens sans produire d'accidents, et dans son rapport, il conclut que la saccharine n'est pas toxique.

La saccharine peut être administrée, soit par les *voies digestives*, soit par la *méthode hypodermique*. Elle est absorbée au bout de fort peu de temps et traverse rapidement l'organisme. Nous avons déjà indiqué comment elle peut influencer l'action de la salive et du suc gastrique. Dans l'intestin elle agirait aussi comme antiseptique, détruirait les alcaloïdes dangereux (ptomaïnes, leucomaïnes), ou en empêcherait l'absorption par le sang. Elle est éliminée par les urines : au bout d'une demi-heure après l'ingestion de ce corps, les urines ont un goût manifestement sucré, sans réduire la liqueur de Barreswill ; au bout de 24 heures toute la saccharine serait éliminée, et cela sans avoir subi aucune modification dans l'économie. Salkowski cependant a fait des recherches très-précises sur ce point, et suppose qu'au lieu de l'acide anhydre, on retrouverait dans les urines un corps hydraté : mais avant de se prononcer définitivement, il se propose de faire une nouvelle série de recherches à ce sujet.

Toutes ces conclusions sont à peu près conformes à celles de Adduco et Mosso, qui sont ainsi formulées : 1° Les recherches faites sur des chiens démontrent que la saccharine introduite dans l'organisme animal passe dans les urines sans avoir subi aucune modification. 2° La saccharine prise pendant une série de jours à hautes doses ne manifeste aucune action sur les échanges nutritifs. 3° Les oscillations qui ont lieu normalement dans la composition de l'urine s'observent aussi quand on ingère la saccharine. 4° La saccharine passe seulement dans les urines. 5° Elle ne passe ni dans le lait, ni dans la salive. 6° Introduite dans l'estomac et sous la peau, elle est absorbée rapidement et paraît dans les urines en moins d'une demi-heure. 7° La saccharine est une substance parfaitement inoffensive tant pour l'homme que pour les animaux. M. Bruylants (1) a fait récemment de nouvelles expériences sur le même sujet. Il est arrivé à des résultats un peu différents ; mais, pour être fixé sur ces différents points, il faut de nouvelles recherches de contrôle.

La saccharine, étant donc éliminée en nature, sans avoir subi de modifications dans l'organisme, ne saurait être considérée comme un aliment, par définition, et à ce point de vue, on ne peut qu'approuver le rapport de M. Dujardin-Beaumetz au nom du *Conseil d'hygiène publique et de salubrité*, et celui que prépare M. le Dr Brouardel, au nom du *Conseil supérieur d'hygiène*, qui concluent que la saccharine n'est pas un aliment, et ne doit pas être tolérée dans l'industrie alimentaire (confitures, vins de champagne, pâtisserie, etc) ; sa substitution au sucre, en effet, constituerait une fraude au détriment des finances publiques. Mais nous laisserons à dessein dans l'ombre tout le côté industriel et financier de la question, qui est fort bien indiqué dans le mémoire de M. Girard (juillet 1888) (2).

Cependant si la saccharine n'est pas un aliment, ne pourrait-on pas tenter de l'introduire dans les hôpitaux, non comme un aliment, mais comme édulcorant servant à sucrer certains médicaments, potions, tisanes, etc., etc. ? Il en résulterait sans doute une économie pour la pharmacie centrale des hôpitaux, comme l'a démontré M. Fournié, de Lyon (*Lyon médical*, décembre 1887). Nous tenions seulement à soulever cette question qui a bien son intérêt pratique.

Les physiologistes qui ont étudié la saccharine ont supposé les sujets sur lesquels ils expérimentaient à l'état de santé. Les médecins qui ont voulu chercher les *applications thérapeutiques* de la saccharine, sont obligés de tenir compte de l'état des différents organes chez les malades. Avant tout, étant donné l'élimination de ce produit par le rein, c'est l'état du filtre rénal qui a dû les préoccuper. Aussi, a-t-on été très prudent lorsqu'on a administré ce médicament à des individus dont le rein fonctionnait imparfaitement. C'est une raison de plus pour applaudir aux conclusions des rapports faits au nom des Sociétés d'hygiène. Un corps présentant une saveur sucrée, agréable, intense même, à très petites doses, s'éliminant rapidement de l'organisme, possédant en même temps des propriétés antiseptiques incontestables, devait suggérer aux médecins d'en faire un médicament.

L'idée première, qui vint tout naturellement à l'esprit, fut de l'administrer aux diabétiques du régime desquels le sucre était banni et qui supportaient à regret cette privation. En France, MM. Worms, Dujardin-Beaumetz, C. Paul ; en Allemagne, MM. Leyden (3), Stadelmann ; en Angleterre, M. Pavy ; en Autriche, M. Albeles,

(1) Voir *Progrès médical*, n° 34.

(2) Adduco et Mosso. *Archivio per le Scienze mediche*, Turin, 1886. — *Gazzetta delle cliniche de Torino*, 1886, nos 14 et 15.

(1) Bruylants. *Note sur la saccharine*. *Bull. Ac. Roy. de méd. de Belgique*, IVe série, t. II, n° 6, 1888.

(2) Voir *Revue d'hygiène*, juillet 1888 et *Revue scient.*, [illegible] — Bruylants ([illegible]) a étudié l'action de la saccharine sur le [illegible] bier.

(3) Leyden. *Ueber die Unschädlichkeit des Saccharins* ; in *Deut. med. Wochenschr.*, avril 1888.

ont employé la saccharine dans le diabète, et on peut dire que dans la grande majorité des cas, ce corps était parfaitement bien toléré, à tel point que certains malades s'en seraient passé à regret. Les doses employées ont été très variables ; mais généralement 10 centigrammes par jour suffisaient. Abeles (1) l'a donnée à des doses variant entre 5 et 10 centigrammes par jour, et a pu en continuer longtemps l'emploi. Il faisait analyser les urines de ses malades avant et après l'usage de la saccharine et a pu conclure, d'accord en cela avec Stadelmann (2) qui l'a employée à Heidelberg, que ce corps n'influençait en rien ni la quantité des urines émises, ni la quantité de sucre éliminé, ni l'état général du malade. Leyden avait déjà essayé en 1886, dans son service, ce corps qu'il avait trouvé parfaitement inoffensif. Tous les auteurs ci-dessus nommés avaient simplement l'idée d'adoucir le régime des diabétiques en remplaçant le sucre par la saccharine. Cependant M. Abeles voulut aller plus loin et tenta de traiter le diabète par la saccharine ; à ce point de vue toutefois, le résultat fut nul.

Si dans l'immense majorité des cas les tentatives ont été heureuses, certains auteurs ont eu des accidents, surtout du côté du tube digestif, et ont appelé l'attention du médecin sur les inconvénients de ce médicament.

En expérimentant sur des sujets sains, on a pu constater parfois que, à la dose de 3 à 5 grammes, l'appétit diminuait, les sujets accusaient de la gastralgie et de la pesanteur stomacale. Chez des diabétiques, on a pu relever ces mêmes accidents. M. Worms (3) rapporte une série d'accidents qu'il a pu observer. Dans quatre cas, où il a employé ce médicament, il a eu trois fois des accidents suffisants pour l'obliger à en suspendre l'usage. Ils consistaient surtout en nausées, écœurement, diminution de l'appétit, dégoût pour les aliments, pesanteur stomacale, gastralgie, goût sucré persistant dans la bouche et se communiquant à tout ce que prenait le malade, même à la fumée du tabac ; ce dernier fait a aussi été observé par Hedley (4). M. Worms insiste sur l'importance de l'intégrité du tube digestif chez les diabétiques ; souvent les troubles digestifs sont les signes prémonitoires du coma. D'où M. Worms conclut qu'il faut être prudent en donnant la saccharine à des diabétiques, et qu'il est bon d'en cesser l'usage au premier signe fâcheux.

En parcourant les écrits de ceux qui ont essayé la saccharine, on trouve que les accidents observés par eux ont été beaucoup plus rares ; peut-être M. Worms est-il tombé sur une série malheureuse. M. Dujardin-Beaumetz a observé fort rarement ces accidents, et il en cherche l'explication. Ils pourraient tenir d'après lui à trois causes : 1° Impureté du produit ; on se rappelle par combien de phases chimiques passe ce corps avant de devenir saccharine : — 2° État du rein chez les diabétiques : — 3° Influence directe possible de la saccharine sur le suc gastrique dont elle entrave l'action.

(1) [illegible], n° 24, juin 1887.
(2) Stadelmann. [illegible] d'Heidelberg ; in Therapeutische Monatshefte, nov. 1887.
(3) Bulletins de l'Académie de médecine, 10 avril 1888.
(4) Journal de thérapeutique, [illegible] 1888.

On a prescrit la saccharine sous différentes formes : sous forme de poudre, surtout sous forme de solution alcaline. Enfin, sous forme de pastilles renfermant environ 3 centigrammes de saccharine, dose suffisante pour sucrer un verre d'eau, une tasse de café, etc. Fischer et Rabow (1) recommandent la formule suivante :

Saccharine, 3 grammes. Carbonate de soude, 2 gr. Mannite, 60 gr. pour 100 pastilles.

Mais ce n'est pas uniquement chez les diabétiques que l'on a essayé la saccharine. On s'en est servi pour masquer le goût de certains médicaments ou pour leur communiquer une saveur sucrée.

Voici quelques formules que nous avons pu relever dans divers mémoires :

Saccharine, 1 gr. Carbonate de soude, 1 gr. Eau, 100 gr. Sulfate de quinine, 1 gr. (Fischer et Rabow).

Chloral, 5 gr. Teinture d'écorce d'oranges, 2 gr. 50. Solution de saccharine, 5 gr. Eau pour faire 100 c. c. (Fournié, *Lyon médical*, déc. 1887).

Enfin les propriétés antiseptiques de la saccharine pourront être mises à profit, et M. Constantin Paul a indiqué à l'Académie de médecine (2) que ce corps pourrait devenir un précieux antiseptique des voies digestives. D'abord comme antiseptique de la bouche, il pourra constituer un excellent dentifrice : une solution alcaline à 6 0/0 de saccharine, colorée et aromatisée à volonté, remplirait parfaitement cette indication à la dose d'une cuillerée à café par verre d'eau. Ensuite on pourrait l'administrer dans les dyspepsies putrides ; sa solution pourrait servir à faire des lavages de l'estomac. On pourrait sucrer des tisanes avec ce corps et en même temps les rendre antiseptiques.

Enfin le passage de la saccharine dans les reins, son élimination par l'urine, son action sur le ferment de l'urée, devaient donner l'idée d'employer ce corps dans la pyélo-néphrite, dans la cystite, le catarrhe vésical. Ici encore les résultats sont contradictoires. Stadelmann l'a essayée sans succès dans deux cas de cystite. Clément (3) a obtenu quelques succès dans des cas de catarrhe de la vessie avec urines ammoniacales. Les essais faits dans ces différents cas sont encore trop peu nombreux pour permettre de se faire un jugement définitif sur la valeur de ce corps. Cependant l'innocuité relative, la saveur sucrée, la non-toxicité, enfin le pouvoir antiseptique d'un corps inodore et non caustique sont des propriétés suffisantes pour permettre de croire qu'un jour les applications de la saccharine deviendront plus nombreuses, et qu'elles pourront rendre des services à la thérapeutique.

(1) *Therapeutische Monatshefte*, octobre 1887.
(2) *Bulletins de l'Académie*, 10 juillet 1888.
(3) *Therapeutische Monatshefte*, octobre 1887.

Hommage a Buffon. — M. le maire de Montbard prie l'Académie des sciences de se faire représenter à la Solennité du centenaire de Buffon, le lundi 17 septembre prochain.

Hommage a Giraud-Teulon. — Le 19 août, il y eu un an qu'est mort le Dr Giraud-Teulon, l'éminent académicien. La plupart des notables de St-Germain, ville où il habitait, n'ayant pu, pour obéir à ses dernières volontés, l'accompagner à sa dernière demeure, ont voulu, à l'occasion de cet anniversaire, rendre un pieux hommage à sa mémoire, et sont allés porter une couronne sur sa tombe.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 *août* 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

MM. R. LÉPINE et PORTERET font connaître le résultat de leurs recherches sur l'influence que l'*antipyrine et l'acétanilide exercent sur la proportion de glycogène que renferment les muscles*. Ils concluent : En résumé, les animaux intoxiqués par l'antipyrine et par l'acétanilide ont, relativement aux animaux sains, un excès de glycogène musculaire, de 28 à 20 pour cent. Ce fait a une certaine importance pour la théorie de l'action des antipyrétiques.

M. SÉNUT adresse un mémoire intitulé : *Histoire médicale du 144e de ligne de* 1880 *à* 1884 (*étude statistique, étiologique et prophylactique*).

M. WILLOT envoie une note relative à l'emploi de l'*azotate de soude pour la destruction de l'Héterodera Schachtii et du Phylloxera vastatrix.*

M. A. BILLET décrit le *cycle évolutif d'une nouvelle Bactériacée chromogène et marine, Bacterium Balbianii.* Cette bactériacée, comme le *Bacterium Laminariæ*, offre un cycle évolutif qui comprend 4 phases distinctes : Etat filamenteux, état dissocié, état enchevêtré, état zoogléique. L'Etat zoogléique offre une disposition cérébroïde, constante et caractéristique pour cette espèce. Les différentes phases qui constituent ce cycle sont déterminées par des modifications de milieux. La température ne semble jouer qu'un rôle secondaire. La coloration spéciale du *Bacterium Balbianii* n'apparaît qu'à certaines phases de son existence. C'est un rapprochement à faire avec plusieurs autres Bactériacées chromogènes, entr'autres le *Bacillus pyocyaneus*, qui présente également des variations morphologiques en rapport avec les changements de milieux, comme l'ont fort bien démontré MM. Guignard et Charrin (voir *Ac. des sciences*, 12 déc. 1887).

M. PEUCH adresse une note qui traite de la *virulence du lait et des espèces animales susceptibles de contracter la Clavelée*. On sait que les agneaux, allaités par des brebis claveleuses, contractent parfois la clavelée ; mais l'influence de l'allaitement est compliqué ici de celle de la cohabitation. D'expériences récentes sur la virulence du lait de brebis claveleuses (injections de lait sous-cutanées), il ressort que ce lait est virulent, puisque les brebis inoculées ont eu la maladie, mais que les effets de cette virulence ne se manifestent que par l'inoculation d'une grande quantité de ce produit, et que leur intensité est proportionnelle à la quantité inoculée. — Les auteurs discutent pour savoir si la clavelée est spéciale à l'espèce ovine, ou si elle peut se transmettre à l'espèce caprine, à l'espèce bovine, voire même aux lapins et aux oiseaux de basse-cour. M. Peuch vient de montrer que cette maladie n'est pas inoculable aux bœufs, ni aux lapins, du moins par la méthode des incisions sous-cutanées ou sous-épidermiques.

M. L. OLIVIER, en réponse à la note récente de M. de Rey-Pailhade, fait observer que ses recherches personnelles ont spécialement porté sur l'*hydrogénation du soufre intra-cellulaire*, c'est-à-dire sur la consommation du soufre par le protoplasme des sulfuraires et la conversion de S en H^2S.

M. TAFFE a fait connaître un procédé permettant d'obtenir industriellement du vin et de l'eau-de-vie par la fermentation du jus des Nèfles du Japon.

M. LEPRINCE adresse une note relative à la destruction des insectes par le sulfate de carbone.

Séance du 20 *août* 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

M. PASTEUR lit une note de M. GAMALEÏA d'Odessa, sur la *vaccination préventive du choléra asiatique*. (Voir le compte rendu de l'*Académie de médecine, Progr. méd.*, 25 août 1888.) M. Pasteur a prié l'Académie de renvoyer cette note à la commission du grand prix Bréant sur le choléra.

M. GOULIER adresse un mémoire sur l'*affaissement d'une portion du sol de la France* (*Lois provisoires*).

M. J. RAULIN étudie, dans une note, l'*action des micro-organismes sur les matières colorantes.* Certaines matières colorantes (fuchsine, safranine, Bleu Nicholsen, etc.) sont entraînées par la levûre de bière et la colorent fortement ; d'autres orseille, carmin d'indigo, cochenille, etc.) ne la colorent pas. Il y a là action par teinture, comme pour les fibres animales. L'*Aspergillus Niger* ne se développe pas bien dans un liquide contenant un sel d'aniline ou un sel de rosaniline ou du carmin d'indigo. Certains organismes aérobies (*A. niger*, *Mycoderma vini*, *M. aceti*) empêchent ou retardent la décoloration d'un liquide contenant de l'eau de levûre, du moût de bière, ou un liquide artificiel sucré, teinté par du carmin d'indigo. Recherches analogues portant sur d'autres points, M. Raulin tire cette conclusion que les microbes peuvent fournir un utile réactif pour déceler les matières colorantes étrangères ajoutées au vin.

M. PRILLIEUX fait part de ses *expériences sur le traitement de la maladie de la pomme de terre.* Les tomates, comme les pommes de terre, peuvent être attaquées par un *Peronospora*. Ces deux plantes malades peuvent être traitées avec succès par les sels de *cuivre* (bouillie bordelaise : eau 100, sulfate de fer 6, chaux 6). Expériences de Jouet, 1885 pour les tomates ; de Prillieux, 1888, pour les pommes de terre.

M. LUYS lit un travail sur l'*état de fascination déterminé chez l'homme à l'aide de surfaces brillantes en rotation* (*action somnifère des miroirs à alouettes*). L'action fascinatrice déterminée chez les alouettes, par un miroir en rotation, est susceptible de développer chez certains sujets névrosiques de l'un ou l'autre sexe, des phénomènes analogues. Un sujet névropathique quelconque, placé en face d'un de ces miroirs, tombe dans un état de sommeil spécial et progressif, qui diffère du sommeil naturel, en ce sens, que les sujets tombent en catalepsie, avec anesthésie. Le réveil s'opère en soufflant sur les yeux.

M. LARREY, à ce propos, cite un mode analogue d'anesthésie, l'*hypnotisme*, bien connu aujourd'hui et employé, il y a longtemps déjà par James Esdaile (*London médical Gazette*. XLVI, 1850) lors d'opérations chirurgicales.

MARCEL BAUDOUIN.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 *août* 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

M. GUERMONPREZ (de Lille) lit un travail sur *la néphrorrhapie.* Dans l'état actuel de la chirurgie, le néphrectomie n'est plus la seule ressource opposée au rein flottant douloureux. La néphrorrhapie pratiquée par la méthode allemande est vraiment insuffisante. La même opération pratiquée par la méthode française (suture simultanée du rein et de la capsule, emploi de la soie ou du crin de Florence) peut être suivie d'une guérison complète lorsque les douleurs incriminées sont toutes attribuables à l'ectopie rénale.

M. POLAILLON fait une communication sur le *danger du lavage du péritoine pendant les ovariotomies et les opérations analogues faites sur la cavité abdominale.* Le lavage du péritoine peut amener l'arrêt de la respiration et une syncope mortelle, lorsque l'eau arrive au contact de la face inférieure du diaphragme. Dans le but de prévenir ce danger, il convient de placer l'opérée dans une position inclinée, la poitrine étant plus élevée que le bassin, de manière que le lavage soit limité au bassin et à la partie inférieure de l'abdomen, sans que l'eau puisse refluer jusqu'au diaphragme. Il importe d'employer de l'eau dont la température ne soit jamais supérieure à celle du corps, et de surveiller d'une façon spéciale l'anesthésie chloroformique au moment du lavage.

M. LERAT lit un mémoire relatif au *traitement de l'occlusion intestinale par l'électricité.* Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Moutard-Martin, Polaillon et Hérard.

M. Paul lit un mémoire sur la *surdité verbale* étudiée au moyen d'appareils spéciaux. Ce mémoire est renvoyé à une commission composée de MM. Charcot, Panas et Gariel. A. J.

REVUE D'HYGIÈNE

I. — L'incinération des ordures à Chicago. — *Med. Journ. and Examiner*; — *Cincinnati Lancet clinic.*, 14 avril 1888.

II. — Dispositif pour l'enlèvement des immondices à Milwankee. — *Journ. of americain Association*, 31 mars 1888.

III. — Décret destiné à prévenir l'introduction des maladies contagieuses et infectieuses, et pour l'établissement d'un bureau de santé. — *Journ. of american Association*, 24 mars 1888.

I. — On vient de construire, à Chicago, un nouveau crématoire, destiné à l'incinération des ordures. Jusqu'ici un seul four a été terminé, en vue de détruire le contenu de vingt voitures; mais il faudra encore quelque temps avant que cette opération soit terminée. Le crématoire est situé à l'ouest de la ville, dans une carrière de pierres, et le sommet est juste au niveau de la rue. Les wagons déversent leur contenu à sa partie supérieure; il est transporté sur des planchers, d'où il est poussé dans les portes du four, puis tombe sur des grilles au-dessus desquelles passe la flamme. Les cendres tombent au-dessous des grilles, dans des récipients. L'incinération se fait très rapidement; on brûle les ordures de toute sorte. On espère que les autres fours seront bientôt construits et qu'ainsi toutes les immondices de la ville seront consumées. Le prix du four est de 10,000 dollars.

II. — De même à Milwankee, on a utilisé l'incinération pour se débarrasser des ordures. Depuis plus de cinq mois, ce système fonctionne, et chaque jour les immondices sont consumées. La commission d'hygiène de la ville réclame l'honneur d'avoir été la première à adopter ces dispositions. On a consumé 40,215 livres d'ordures, qui ont donné 5,000 livres de cendres, soit 4,3 0/0. Au printemps, le four crématoire ne fonctionnait que 8 à 10 heures par jour.

Il serait réellement à désirer que la ville de Paris prît des mesures semblables à celles de ces deux villes américaines, afin de débarrasser les gares de nos chemins de fer de ceinture et de la banlieue, de ces wagons remplis d'immondices, qui y sont une cause d'infection.

III. — Ce décret est destiné à établir un système de quarantaines uniformes, sous la protection du gouvernement. Le journal d'où nous extrayons ces faits, se plaint qu'on ait créé deux services distincts : un bureau de santé, et un autre appelé : « United states marine hospital service, » tous deux sous les ordres d'un secrétaire du département de la marine. Il craint qu'il ne s'élève des jalousies et des intrigues fâcheuses, par suite de cette division.

A. Raoult.

CORRESPONDANCE

Asile d'Aliénés de Marseille.

Nous reçevons au sujet du fait divers que nous avons publié dans le dernier numéro (p. 152), la lettre suivante :

Marseille, le 28 aout 1888.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Le *Progrès médical* du 25 août reproduit un article du *Radical* relatif à l'accident survenu à l'Asile d'aliénés de Marseille. Ce récit, comme celui qu'en a fait la *Presse locale*, est des plus fantaisistes. Il est, je crois de mon devoir de faire connaître la vérité à vos lecteurs.

Le pensionnaire dont il est question, était un dément paralytique, gâteux. Son état s'était notablement aggravé dans le courant de juillet. Le 7 août, son gardien, après l'avoir nettoyé, a eu la malheureuse idée de l'asperger avec une solution phéniquée à 10 p. 100, destinée au lavage du parquet. Le liquide a atteint le visage — sauf les yeux, le nez et la bouche — le côté droit de la poitrine, la partie supérieure de la cuisse droite, et quelques points disséminés sur la région dorsale. Il n'y a pas eu formation d'eschares. *Cinq jours* après l'accident, le visage et la plupart des places atteintes par le liquide avaient repris leur aspect normal. Ce n'est que sur quelques points très limités de la région torso-lombaire et sur le scrotum qu'il s'est produit des ulcérations superficielles. On doit les attribuer au décubitus et au contact inévitable de l'urine. Le malade n'a pas eu de fièvre. Aucun des symptômes qui accompagnent les brulures graves. Le 16 août, c'est-à-dire plus de 8 jours après l'accident, des attaques épileptiformes répétées ont emporté le malade.

L'autopsie a révélé l'existence d'une pachy-méningite hémorrhagique, et les lésions habituelles de la démence paralytique.

Rien dans les organes thoraciques et abdominaux pouvant être attribué à l'action du liquide caustique. Le rapport du médecin expert, M. le Dr Flovart, conclut à la mort par suite des progrès de l'affection cérébrale.

Il est possible, cependant, que le gardien soit poursuivi pour blessures par imprudence.

Recevez, Monsieur le Rédacteur en chef, l'hommage de mes sentiments confraternels.

Dr Ph. Remy,

médecin en chef de la section des hommes.

BIBLIOGRAPHIE

Des tumeurs à tissus multiples; par F. Trévoux. — Thèse Lyon 1888.

Ce travail est fait sous l'inspiration de M. le professeur Bard. Par tumeurs à tissus multiples, l'auteur entend « des tumeurs formées par des éléments cellulaires multiples, qui appartiennent à des variétés ou à des espèces cellulaires différentes, et qui se développent côte à côte, parallèlement, sans qu'on puisse invoquer, à l'origine, une influence quelconque de l'un de ces tissus sur le développement des autres. » C'est dire que la plupart sont des tumeurs congénitales ou de l'enfance : les tumeurs sacro-coccygiennes et les épignathes. Ces tumeurs seraient bénignes ou malignes ; les malignes appartenant presque exclusivement au fœtus; les bénignes pouvant devenir malignes chez l'adulte. L'auteur rejetant la théorie des inclusions fœtales parasitaires et admettant que ces tumeurs proviennent de l'organisme même sur lequel elles se développent, est forcé d'opter entre une de ces deux hypothèses : ou la tumeur provient d'un bouquet cellulaire dans lequel chacun des éléments qu'elle contient était représenté, ou elle provient d'un de ces éléments que M. Bard appelle cellule nodale de l'embryon. L'auteur consacre sa thèse à défendre cette dernière hypothèse à l'exclusion des autres.

Dans un premier chapitre, il essaie d'établir l'origine fœtale des tumeurs à tissus multiples et notamment des kystes dermoïdes et mucoïdes. Il se base sur la fréquence des kystes dermoïdes de l'ovaire chez les petites filles et sur l'origine congénitale reconnue de la plupart des kystes dermoïdes sous-cutanés. Pour les kystes mucoïdes de l'ovaire, l'auteur en fait aussi des tumeurs congénitales à tissus multiples, se basant sur leur analogie avec les kystes dermoïdes dont il vient de démontrer la nature congénitale, et aussi sur la fréquence des kystes mucoïdes de l'ovaire chez les petites filles. Il admet donc pour ces tumeurs une période latente correspondant à la jeunesse du sujet. Les enchondromes et odontomes à tissus multiples seraient aussi des tumeurs fœtales.

Dans le chapitre second, les théories pathogéniques émises sur les tumeurs mixtes sont passées en revue. La théorie de la grossesse extra-utérine et celle de l'inclusion fœtale parasitaire sont successivement rejetées ainsi que la théorie de l'inclusion des feuillets. La parthenogénèse est également déclarée insuffisante, mais c'est simplement par une discussion critique et non par des faits détaillés que l'auteur arrive à ce résultat. Le rejet radical de la théorie de l'inclusion fœtale pour expliquer les tumeurs mixtes, nous paraît un peu hasardé puisque l'auteur avoue (p. 87), que dans l'état actuel de la science, il est fort difficile de préciser exactement la délimitation entre le néoplasme et la monstruosité, et que, si les cas extrêmes sont faciles à classer, il n'en est pas de même des cas intermédiaires.

Les tumeurs malignes du fœtus, sont pour la plupart des tumeurs à tissus multiples. L'auteur fait donc de cette complexité la caractéristique des tumeurs fœtales.

Ayant rejeté toutes les théories émises jusqu'à ce jour, sur le mode de formation de ces tumeurs, l'auteur essaie d'en formuler une théorie générale. Il admet d'abord, que les cellules de l'embryon, indépendamment de leur propriété de multiplication, ont une propriété de dissociation et de *dédoublement* qui leur permet de donner naissance à deux ou à plusieurs cellules filles différentes entre elles et différentes aussi de la cellule mère. Ces cellules complexes sont des *cellules nodales*. La multiplication aberrante sous quelle influence (?) de l'une d'elles, donnera naissance à une tumeur qui contiendra des éléments différents ; chez l'adulte plus de cellules nodales ; plus de tumeurs complexes, et chez le fœtus, les tumeurs seront d'autant plus complexes que leurs cellules mères seront plus nodales.

C'est ainsi, pour donner un exemple que « le kyste mucoïde de l'ovaire, qui présente toutes les formes épithéliales du revêtement muqueux dérive de la cellule nodale du revêtement muqueux. La cellule nodale qui donne naissance aux kystes mixtes de Poupinel, est plus complexe puisqu'elle renferme les cellules nodales de l'endoderme et de l'ectoderme réunis. » On voit que l'auteur admet des cellules endo-ectodermiques, autres que l'ovule, ce qui simplifie l'étude des feuillets de l'embryon. Notons qu'on ne nous dit pas pourquoi cette cellule nodale muqueuse fait des tumeurs dans l'ovaire, qui ne contient pas normalement de cellules muqueuses, plus que dans l'intestin, qui en est rempli. L'auteur rejette ensuite la théorie de Cohnheim, se basant sur l'absence de la faculté de *dédoublement* dans les cellules de l'adulte.

Le dernier chapitre est consacré à l'étude de la malignité des tumeurs à tissus multiples chez l'adulte. Il y est dit, que lorsqu'il existe sur un sujet différents foyers néoplasiques de même type, on peut penser que cette multiplicité est le fait du morcellement d'un foyer primitivement unique, dont les diverses tumeurs ne sont que les fragments séparés, écartés les uns des autres. M. Trévoux, cite à l'appui de sa thèse un grand nombre d'observations tirées des littératures française et étrangère. Son travail est rempli d'aperçus ingénieux et il défend brillamment sa théorie ; il est seulement à regretter qu'il n'apporte pas de faits personnels et démonstratifs, basés sur des examens complets. AL. PILLIET.

Les maladies de l'estomac; par C.-A. EWALD. — Berlin, 1888.

Nous nous faisons un devoir de recommander tout spécialement aux lecteurs du *Progrès médical* l'important traité du professeur Ewald. Ces leçons cliniques ne peuvent manquer d'obtenir toute la faveur du public médical ; et les praticiens, si souvent aux prises avec les difficultés du traitement des affections stomacales, y trouveront les plus précieux renseignements. A l'étude claire et approfondie de chaque question, à la critique judicieuse des travaux récents, l'auteur ajoute les faits tirés de sa grande expérience et les résultats fournis par l'examen du contenu stomacal. Cet examen simple d'ailleurs est pratiqué depuis quelques années par les médecins allemands, au nombre desquels il faut citer Kussmaul et Leube. Il permet d'établir le diagnostic sur une base scientifique et d'instituer un traitement rationnel. Ewald complète par ce procédé les autres modes d'exploration dont il est bien, en clinicien, de reconnaître la valeur, il n'est donc pas exclusif, comme on le lui a reproché dans une discussion récente à l'Académie de Médecine. Nous ne pouvons qu'indiquer ici l'impression générale produite par la lecture de cet ouvrage et énumérer les différents chapitres : examen du contenu stomacal [illegible] résumé [illegible] dans l'édition française de la *Physiologie de la Digestion*, par *Ewald*; modes d'exploration de l'estomac, sténoses du cardia [illegible] dilatation de l'estomac, cancer, ulcère, gastrites, [illegible] innervation décrite par [illegible] Ewald ; névroses de l'estomac, hyperacidité et hypersécrétion du suc gastrique ; [illegible] les affections stomacales et celles des autres organes. [illegible]

De la Typhlite stercorale chez les jeunes sujets en particulier, et de la péritonite qui l'accompagne, de la typhlo-péritonite à début péritonéal: par le Dr J. BESNIER.

Ce travail du Dr Besnier repose sur une observation, celle d'un enfant de 14 ans, qui fut pris brusquement de douleurs dans le ventre avec fièvre, soif, vomiturition. La douleur vive se localisa dans la fosse iliaque droite, où on perçut de la résistance. Les selles continuaient à se produire après l'administration de lavements. Vers le onzième jour, on trouva une tumeur fluctuante dans la fosse iliaque, et on pratiqua la laparotomie, pour laquelle fut appelé M. Le Dentu. L'opération dénote la présence d'un tissu rouge, violacé, au fond de la plaie, et on ne trouva pas de collection purulente. La plaie fut refermée, drainée, et guérit bien. La fièvre qui était tombée le jour de l'opération, se manifesta de nouveau pendant trois jours, pour s'abaisser ensuite. Les garde-robes devinrent abondantes, fétides ; et vers le vingt-cinquième jour on y trouva un lambeau de la muqueuse. A partir de ce moment, les accidents diminuèrent d'intensité, et le malade guérit complètement sans retour de phénomènes de typhlite.

L'auteur voit dans cette observation les signes d'une typhlite produite par la présence de matières stercorales, qui ont entraîné l'inflammation de la sous-muqueuse. Cette inflammation a pris le caractère phlegmoneux, et la muqueuse sphacélée s'est détachée de la tunique musculeuse. En même temps, dès le début de la typhlite, se sont produits des phénomènes de péritonite, constatés au moment de la laparotomie. Il y aurait donc une *typhlo-péritonite*, sans inflammation des tissus voisins du cæcum, sans pérityphlite. Pour le Dr Besnier, cette forme de typhlo-péritonite, dans laquelle l'inflammation du péritoine est précoce, se montrant chez les individus jeunes, serait ce qui a été décrit par Bucquoy et Dantel, sous le nom de pérityphlite primitive. De là, il en arrive à diviser les pérityphlites secondaires, décrites jusqu'à ce jour en : 1° péritonites circonscrites pouvant s'accompagner d'inflammation phlegmoneuse ; 2° inflammation phlegmoneuse, débutant par le tissu cellulaire rétro-cæcal, s'accompagnant de péritonite partielle, celles-ci beaucoup plus graves et plus rares que celles-là. A. RAOULT.

Manuel de physique médicale et pharmaceutique, par G. PATEIN, pharmacien en chef de l'hôpital de Lariboisière. 1 volume, 830 pages. — Chez Doin, place de l'Odéon, Paris.

Voici un manuel qui sera fort utile aux étudiants. Les traités de physique élémentaire sont nombreux ; mais ils sont tous encore un peu trop techniques, par cela seul, qu'ils ont été écrits pour tous ceux qui ont besoin d'apprendre la physique et non dans un but restreint. La physique en effet, telle qu'on l'enseigne est une science plus ou moins émaillée de formules et dont les élèves n'abordent l'étude qu'avec une certaine appréhension.

Dans les cours des études médicales ou pharmaceutiques, les notions de physique étant réservées pour les examens oraux, les élèves n'ont guère à se préoccuper que des formules les plus élémentaires. En écrivant son livre, M. Patein s'est attaché, à faire intervenir le calcul le moins possible, tout en restant clair et précis, et il a atteint le but qu'il se proposait. La division de l'ouvrage est celle qui est encore suivie dans tous les traités classiques, nous ne nous y arrêterons pas : De nombreuses figures (374), permettent de suivre avec facilité, les descriptions données par l'auteur. P. YVON.

Contribution à l'étude anatomo pathologique de l'artério-sclérose du cœur ; par le Dr WEBER. thèse de Paris, 1887. — Steinheil, éditeur.

L'auteur a constaté que la sclérose du cœur pouvait aller avec l'hypertrophie et la dilatation associées ou dissociées. Ces variations ne tiennent pas à la sclérose, mais à la lésion vasculaire qui lui a donné naissance. D'ordinaire c'est l'endartérite des petits vaisseaux qu'on observe ; si elle s'est formée lentement, on notera l'hypertrophie ; si elle a été rapide, on aura la dilatation du cœur. Au point de vue de l'histologie, on distingue trois formes : 1° la sclérose péri-vasculaire ; 2° la sclérose dystrophique ; 3° la sclérose mixte. Du côté des fibres musculaires, les lésions sont constituées principalement par l'atrophie et la dégénérescence vitreuse de Zenker. En somme la sclérose cardiaque est un cas particulier de l'artério-sclérose du cœur. De nombreuses observations et plusieurs planches dessinées par Kornmanski accompagnent cet important travail.

Clinical notes on Pruritus, par L. DUNCAN. Bulkley New-York 1887. *J. of cutaneous and genito Urinary Diseases.* Vol V., décembre 1887.

Le prurit peut se présenter dans plusieurs cas : fugace et transitoire, sans cause connue parfois, de cause externe

d'autres fois, piqûres d'insectes ; il est aussi provoqué par les substances toxiques, opium, par l'urémie et la cholémie. Il peut encore accompagner les maladies de peau : Lichen, eczéma ; d'autres fois il forme à lui seul une maladie complètement isolée. D. envisage cette dernière forme qu'il considère comme un trouble fonctionnel des éléments nerveux de la peau indépendant de lésions locales. Il envisage à ce point de vue les différentes formes de prurit : Pruritus hiemalis, pruritus generalis ; pruritus ani ; pruritus vulvæ, pruritus scroti ; pruritus senilis. P.

Sur l'origine contagieuse de l'angine catarrhale aiguë primitive, par J. Tschalkovsky. (*Revue médicale*, tome XXIX, n° 11, Moscou, 1888.)

A l'exemple de Bouchard, Lasègue et d'autres cliniciens français l'auteur arrive, après un grand nombre d'observations personnelles, à cette conclusion que l'angine catarrhale aiguë primitive est une affection contagieuse et épidémique. La cause essentielle de la maladie consiste, d'après ses recherches bactériologiques faites à l'hôpital militaire de Kharcow, dans l'existence des deux espèces de bactéries : le *staphylococcus* et le *streptococcus pyogenes*, le premier avec ses deux formes : pyogenes aureus et pyogenes albus. Quant au froid et aux troubles dans les fonctions physiologiques de la muqueuse, ces causes n'ont qu'une importance secondaire dans ce sens qu'en affaiblissant l'organisme en général elles rendent les tissus moins résistants à l'influence nocive des micro-organismes pathogènes. J. Roubinovitch.

Sugli elementi nervosi dei muscoli di chiusura dei Bivalvi ; par R. Galeazzi, in *Laboratorio de Pathologia dell'ospedale Umberto in Torino*.

L'auteur étudie les muscles servant à fermer la coquille de l'huître et de la moule au point de vue des terminaisons nerveuses qu'il présente. On sait que ces fibres musculaires chez certains mollusques, présentent une striation particulière, qui en fait des éléments intermédiaires aux fibres musculaires lisses et aux striés. M. Galeazzi a donc cherché si les terminaisons nerveuses n'offraient pas elles aussi quelques dispositions spéciales.

Les figures qu'il donne, et ses descriptions ajoutent peu aux faits connus.

La fibre nerveuse se perdrait au voisinage du noyau ou même à son intérieur ; il existe un filet nerveux par fibre-cellule, le nombre considérable de cellules ganglionnaires que contient ce muscle, lui fait penser qu'il pourrait bien exister là un centre nerveux automatique, ce qui ferait comprendre la puissance du muscle adducteur des Bivalves. A. Pilliet.

Esantenia antipirinico per iniezioni sottocutanée d'antipirina ; par L. Mazzotti. *Giornale Italiano delle Malattie veneree e della Pelle*. Fasc. II, juin 1887.

Femme de [illegible] ans, affection cardiaque. Traitement par la teinture de Strophantus. — Apparition d'une sciatique gauche. — On fit une solution de [illegible] grammes d'antipyrine dans [illegible] gr. d'eau. — Injection de 0,50 c. d'antipyrine au niveau de la cuisse gauche. Cette injection fut répétée trois fois et elle détermina l'apparition d'un exanthème papuleux et [illegible] herpes zoster qui se passèrent sans [illegible]. A. Pilliet.

Microrganismi del Mytilus Edulis ; par [illegible] *Archivio per le Scienze Mediche*.

L'auteur rappelle les faits connus [illegible] par les moules ; il analyse l'épidémie de Wilhelmshaven et d'après les travaux des médecins allemands, il conclut que cet empoisonnement, est surtout caractérisé par une entérite infectieuse. De là, à rechercher un microbe pathogène dans la moule, il n'y a qu'un pas. L'auteur en employant le procédé d'isolement par culture de Koch, a trouvé que les moules de mer ne contiennent pas de micro-organismes, mais que sur les moules des ports, où les eaux sont stagnantes, [illegible] qu'il décrit, [illegible] et l. [illegible] peut-il attribuer un rôle dans les accidents d'empoisonnement par les moules. A. Pilliet.

Etude rétrospective du Burggrœvisme ; par [illegible].

Long panégyrique de la médecine dosimétrique et de son auteur Burggrœve, qui est modestement mis en parallèle avec Pasteur comme étant les deux savants ayant rendu le plus de services à la science médicale dans notre siècle. Le reste à l'avenant. P. S.

Contribution à l'étude des paralysies basilaires et nucléaires des muscles de l'œil ; par M. Bernhardt (*Archiv. f. Psychiatrie*).

Un cas de paralysie totale, trois cas de paralysie nucléaire : guérison dans les deux derniers ; autopsies dans les deux premiers. Pas de conclusion : l'auteur prétendant donner seulement ces quatre cas à titre de faits.

Un cas d'ataxie d'origine corticale ; par M. Bernhardt. — *Deutsch. Medic. Wochensch.* 1887).

Attaque avec perte de la parole, amélioration ; secousses musculaires dans le bras droit, dans la partie droite du visage. Pas de syphilis. Pas d'autopsie.

Sur l'Oxynaphtol-acide ; par Hofmeister et Ellenberger (*Deutsch. Zeitsch. Ther. Medecin*).

Action antiseptique et antizymotique semblable à celles des acides phénique et salicylique ; est préférable à ce dernier acide puisque sa formule renferme un sel de soude antiseptique. Pourrait encore être employé dans les affections putrides intestinales, et non seulement contre les microbes pathogènes, mais aussi contre la trichinose. N'est pas décomposé par l'urine, peut donc s'employer dans les affections urinaires.

Contribution à l'étude des relations d'une forme d'épilepsie avec l'élimination d'acide urique ; par Haig (*Neurologisches Centralblatt*).

Le dosage de l'acide urique dans les urines, montre l'excès de cet acide dans certains cas de migraines, vertiges, convulsions. Symptômes amendés par la diète azotée. Les rémissions cliniques coïncident avec la formation de l'acide urique dans les urines, d'où le procédé de traiter les accidents uréiques par la diète.

Communication hémo-pathologique ; par M. Bernhardt (*Arch. f. Psychiatrie*, 1887).

Conférence faite à la Société de Psychiatrie de Berlin. Paralysie radiale par pression, guérison. Paralysie brachiale double à la suite d'un exercice de gymnastique aux anneaux. Paralysie observée à la suite de l'application du tube d'Esmarch, 2 cas : Phlegmon, tumeur du nerf ombilical, le nerf axillaire était respecté. Guérison. Paralysie radiale, par coup de couteau à la région du coude, application du tube d'Esmarch, paralysie, amélioration. Crampe professionnelle de la main droite chez un cuisinier qui découpait les gigots, P. en fait ensuite un spasme par surmenage des nerfs médian et cubital.

Nouvelle méthode d'analyse microscopique du sang ; par Rood. *Bulletin de la Société silésienne*, 1887.

Coupes sur du sang des amphibies et mammifères. Après avoir répété les différents procédés d'occlusion, s'est arrêté à la coagulation par l'acide [illegible] fort, et à l'inclusion dans un mélange de [illegible] et de gélatine, ou d'agar-agar. Coupes montées au baume, après coloration avec l'une quelconque des couleurs d'aniline, qu'on peut combiner, carmin et bleu de méthyle, on obtient aussi l'[illegible] sur les noyaux des corpuscules blancs et rouges.

Doctrine médicale déduite de la métaphysique ; par Dabelt.

Le titre nous semble suffisant pour indiquer sur quelle base scientifique s'appuie l'auteur qui est un converti à la doctrine homœopathique, appui de ses théories. La médecine, du reste, dit-il, est une science extrêmement simple que l'homme s'est plu à compliquer. Il ne se contente pas, du reste, de l'affirmer il le démontre. Inclinons-nous et n'insistons pas.

Le Trésor de la maison, formulaire homœopathique ; par Haloe.

Grâce à ce trésor, on apprend à se traiter soi-même, car rien n'est plus facile quand on sait que l'aconit, par exemple, s'adresse à 140 symptômes, et le lycopode à 1,000, pas un de plus pas un de moins. Petit livre très curieux à toutes sortes de points de vue, quoique différents peut-être de ceux de l'auteur.

VARIA

Distribution des Prix aux élèves de l'École d'Infirmiers et d'Infirmières de Bicêtre.

La distribution des prix aux Elèves de l'école d'Infirmiers et d'Infirmières de Bicêtre a eu lieu le dimanche 5 août à 3 heures. M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, présidait, assisté de M. le Dr Bourneville, directeur des écoles d'Infirmiers et d'Infirmières et de M. Derouin, secrétaire général. Dans la nombreuse assistance, nous remarquons MM. Mourlan, chef de la division des hôpitaux et hospices, Vaillant, chef de la division des Enfants Assistés, Ventujol, directeur et Baron, économe de l'Etablissement, Labouyrie, directeur de l'hospice d'Ivry, les internes en médecine et en pharmacie et les employés de l'hospice.

La salle de lecture avait été par les soins de M. l'Econome, brillamment décorée de drapeaux et de verdure pour cette distribution. Monsieur le Directeur de l'Assistance publique, en ouvrant la séance, a prononcé le discours suivant :

Mesdames, Messieurs,

Avec plus d'autorité que je n'en saurais avoir, M. le Dr Bourneville, qui a suivi de près la marche de cette Ecole, qui a présidé à toutes les compositions, pourra nous dire les résultats qu'a donnés cette année d'études. Je crains qu'il ne constate publiquement que l'ardeur de tous ne s'est pas également maintenue et que de nombreuses défections ont signalé les derniers mois. Mais à côté de ce relâchement que j'ai le regret de reprocher à trop d'entre vous, cette onzième année d'études, par le nombre des diplômes qui vont tout à l'heure être proclamés et dont le nombre s'élève à 23 pour les infirmiers à 18 pour les infirmières, est faite cependant pour nous rassurer d'une façon absolue sur un bon recrutement de notre personnel hospitalier.

J'applaudis surtout de grand cœur au succès de votre école primaire et c'est avec la plus vive satisfaction que j'ai vu 6 infirmiers et 9 infirmières conquérir le certificat d'études primaires. Ces quinze certificats d'études, obtenus par un personnel qui n'a négligé aucun de ses lourds devoirs professionnels et qui, la plupart du temps, a dû, pour acquérir l'instruction, prendre sur un repos bien mérité après une rude journée de labeur, ces quinze certificats d'études que je me félicite de vous remettre en présence de M. l'Inspecteur primaire, sont une preuve convaincante de ce désir de savoir pour mieux faire qui anime les infirmiers de Bicêtre et d'Ivry. Mais en même temps qu'ils sont la récompense de vos mérites, ils prouvent le zèle infatigable de vos deux instituteurs, MM. Boutillier et Boyer, auxquels j'adresse l'expression de ma profonde gratitude.

Si cette école de Bicêtre a pu nous rendre tant de services, si elle nous a formé un personnel si digne de notre confiance, c'est que partout nous avons rencontré le même dévoûment, modeste comme la science, passionné pour votre instruction, infatigable comme le Directeur de vos études, M. le Dr Bourneville. Il a su communiquer à ce personnel d'élite qu'il a groupé autour de lui quelque chose de cette ardeur que vous connaissez.

Je ne saurais trop, Mesdames et Messieurs, en vous exprimant ma satisfaction aujourd'hui si complète, vous dire combien grand est le prix que mon administration attache à une solide instruction primaire et en demandant qu'il en soit tenu compte dans les examens futurs du diplôme des Ecoles d'Infirmières, je suis certain que ma pensée se rencontrera avec celle de M. le Dr Bourneville que j'ai toujours trouvé prêt à me seconder lorsqu'il s'agissait d'une véritable amélioration. Nous avons eu le regret, Monsieur le Secrétaire général et moi, de nous voir souvent arrêtés au moment où nous désirions accorder à l'une de nos infirmières diplômées, un avancement, juste récompense de ses services, par l'infériorité de sa première éducation.

Aussi ai-je pensé à créer dans nos hôpitaux des écoles du soir : l'essai a été tenté de plusieurs côtés à la fois et si le succès n'a pas été partout aussi complet que je l'aurais désiré, cela tient moins sans doute à la bonne volonté des organisateurs qu'aux moyens dont ils disposaient, mais j'ai tenu à bien marquer quelle importance capitale j'attache à cette réforme en allant présider dernièrement la distribution des prix de l'hôpital Tenon et donner à M. Montreuil, Directeur de l'établissement, les éloges qu'il mérite.

Je ne saurais donc trop le répéter, Mesdames et Messieurs, travaillez de toutes vos forces à conquérir le certificat d'études qui nous permettra de prendre confiance en votre savoir. Mon administration qui a déjà beaucoup fait pour améliorer la situation de ses infirmiers et de ses infirmières, ne cessera d'encourager vos efforts. A votre tour, secondez plus encore notre bienveillance et prenez à tâche de prouver la supériorité de l'organisation laïque, de cette organisation que je poursuivrai avec toute la fermeté et toute la conviction de mes sentiments républicains.

Puis M. le Dr Bourneville prononce le discours suivant :

Mesdames, Messieurs,

Le discours de cette année ne comporte pas de longs développements, car, à la dernière distribution des prix de cette Ecole, nous avons profité, vous vous le rappelez sans doute, de la présence de M. Poubelle, préfet de la Seine, pour exposer l'histoire et l'organisation des trois *Ecoles municipales d'infirmiers et d'infirmières*. Je n'ai donc à insister que sur les résultats obtenus durant cette onzième année scolaire, d'abord au point de vue de la marche de la laïcisation et, ensuite, au point de vue des efforts que vous avez faits pour améliorer votre instruction primaire et votre instruction professionnelle.

. . . .

J'aborde maintenant la seconde partie de mon allocution : L'enseignement primaire a été fait sous l'habile direction de M. Boutillier, instituteur de l'Ecole des Enfants, avec le concours de Mlles Agnus, Ferret, Hutz pour les infirmières ; et par M. Boyer, instituteur adjoint de l'Ecole des Enfants aidé de MM. Bize, Guinin, Gauthier pour les infirmiers.

Cent dix infirmiers sur 220, 50 infirmières sur 75, douze élèves externes (femmes ou jeunes filles et six infirmières de l'hospice d'Ivry suivaient encore les cours à la fin du dernier trimestre). Nous adressons à tous nos plus sincères félicitations; nous remercions leurs professeurs et leurs maîtresses de leur zèle et de leur dévouement, et M. Labouyrie, directeur de l'hospice d'Ivry, de l'obligeance qu'il apporte à faciliter à ses infirmières les moyens de venir assister au cours de cette Ecole.

L'*enseignement professionnel* a été fait régulièrement. M. Isch Wall, chargé précédemment du cours d'hygiène, a pris le *cours de pansement et de petite chirurgie*, en remplacement de M. le Dr Poirier que ses fonctions de chef des travaux anatomiques et d'agrégé à la Faculté de médecine ont obligé de se retirer pendant deux ans. M. Isch Wall a été remplacé par M. Sollier, interne des hôpitaux qui, de plus, a bien voulu faire aux infirmières, cette année comme en 1887 et à titre gracieux, le *cours sur les soins à donner aux femmes en couches et aux enfants nouveau-nés*. Je demanderai à M. le directeur de l'Assistance publique de bien vouloir nommer un professeur pour ce cours, ainsi que cela existe dans les autres écoles.

Parmi les élèves fréquentant actuellement l'école, il y a 15 *infirmiers* et 17 *infirmières* qui doivent leur instruction primaire à l'école de Bicêtre. Un plus grand nombre d'élèves des deux sexes ont appris également à lire à Bicêtre, mais sont partis depuis de l'établissement ; les uns volontairement, les autres renvoyés. Leur nombre s'élève à 19 infirmiers et 11 infirmières.

Nous devons rappeler aux élèves, principalement aux infirmières, la nécessité de perfectionner leur instruction primaire et de faire toutes les compositions primaires. Beaucoup d'entre elles s'attachent exclusivement à la recherche du *diplôme* et négligent d'étendre leurs connaissances en orthographe, rédaction, calcul, histoire et géographie. Et, dès qu'elles ont obtenu *une fois* le nombre de points exigé pour le diplôme dans une matière quelconque, elles cessent de travailler cette partie de l'enseignement et ne font plus que, pour la forme, des compositions médiocres et peu soignées.

Nous rappellerons aussi aux *élèves externes libres* qu'elles doivent assister à tous les cours, à celui *sur les soins à donner aux femmes en couches* comme aux autres, et faire de même toutes les compositions. Le diplôme ne peut leur être délivré qu'à ce prix.

Nous devons encourager les élèves auxquelles il ne manque que la composition d'administration pour obtenir le diplôme à revenir aux cours au mois d'octobre. Encore un effort et ils atteindront le but. Du reste la plupart d'entre eux ont besoin de perfectionner leur instruction primaire et cet ajournement ne peut qu'être utile à eux et à l'administration, puisqu'ils seront plus capables et plus instruits.

Les moyens d'instruction que vous possédiez déjà ont été complétés par le *Manuel* autographié d'*Administration* de M. Ventujol, directeur de l'hospice et chargé du cours d'administration, et par le *Manuel d'hygiène* que M. Sollier a bien voulu rédiger sur notre demande. Enfin, je vous ai fait donner en dictées la dernière partie d'un *Manuel* anglais spécialement *consacré aux soins à donner aux aliénés.*

Aujourd'hui, vous avez donc entre les mains des manuels qui correspondent à tous les cours et qui vous permettent de revoir facilement et de mieux fixer dans votre mémoire les leçons de vos maîtres.

Les *exercices pratiques* ont continué a être dirigés par Mme Siegel avec le concours de sa sous-surveillante Mme Lorcet. Nous leur devons un témoignage public de satisfaction.

Les exercices pratiques de l'infirmerie générale ont été complétés par des exercices faits par M. Lenglet, surveillant de la 5e division, 3e section et par Mme Joliot, sous-surveillante aux enfants. Il est bien à désirer que leur salutaire exemple ait des imitateurs. En outre, nous avons dressé toutes les infirmières qui ont passé dans notre service à recueillir des notes sur les enfants qui leur sont confiés. Cet exercice produirait les résultats les plus heureux si l'administration consentait à établir un roulement régulier des meilleures élèves, dans tous les services en finissant par le nôtre ou par l'infirmerie générale.

Le niveau de l'instruction du personnel secondaire s'élève d'année en année, ainsi que le montre le relevé suivant : 1 infirmier est bachelier ès lettres et ès sciences; — 2 sont bacheliers ès lettres ; — 2 ont le brevet élémentaire ; — 7 ont le certificat d'études ; — une suppléante a le brevet supérieur ; — une surveillante a le certificat d'aptitude à la direction des écoles maternelles ; — 8 ont le certificat d'études.

A cette liste il faut ajouter 6 infirmiers et 9 infirmières qui ont obtenu le certificat d'études au mois de mai dernier, grâce à leur persévérance et au zèle déployé par MM. Boutillier et Boyer.

Les résultats obtenus à ce point de vue doivent encourager les infirmiers et les infirmières à suivre assidûment l'école primaire, afin que l'année prochaine, nous ayons une moisson de certificats d'étude encore plus abondante.

L'enseignement professionnel a donné des résultats satisfaisants. Ils l'auraient été davantage si un trop grand nombre d'infirmières n'étaient entrées ici avec une instruction à peu près nulle, 23 infirmiers et 18 infirmières ont obtenu leur diplôme, ayant rempli les conditions exigées par l'Administration, c'est-à-dire le minimum, ou au-dessus, des points fixés pour chacune des branches de l'enseignement. Je ne rappellerai pas ces conditions, car elles sont maintenant reproduites chaque année dans le *palmarès* où vous pouvez les lire, à la suite de la liste du personnel enseignant des écoles. Si l'on ajoute les diplomés de cette année aux 71 diplômés des années précédentes, on arrive au chiffre total de 112 comprenant 50 hommes, 62 femmes.

Les *examens pratiques* ont été subis au mois d'avril, par 24 infirmiers et infirmières et au mois de juillet, par 87 H. et 67 F. = 154. Ils n'ont pas pris moins de dix-huit heures ; ils ont permis aux professeurs et à nous-même de nous rendre compte du travail que vous avez fait pour mériter le diplôme qui constitue pour vous tous, Mesdames et Messieurs, un titre très sérieux et très justifié à l'avancement.

Les promotions et les nominations faites par M. Peyron ne vous laissent aucun doute à cet égard. En effet, sept infirmiers ou suppléants diplômés ont été nommés l'un sous-surveillant, les autres suppléants. Huit infirmiers ou infirmières diplômées ont été élevés à la première classe. Enfin, cinq infirmières ont été nommées suppléantes et une promue à la première classe dans d'autres établissements. Toutes avaient le diplôme. Il n'y a eu que quatre promotions parmi les sous-employés non diplômés.

En terminant, j'ai une recommandation à vous faire et une prière à adresser à M. le Directeur de l'Assistance publique.

Le but que nous poursuivons, M. Peyron et moi, c'est d'avoir partout des infirmiers et des infirmières pourvus du diplôme, et nous voudrions aussi que tous nos diplômés des deux sexes aient une bonne instruction primaire. Cette instruction primaire, les infirmiers diplômés de cette année la possèdent; malheureusement, nous ne pouvons en dire autant de toutes les infirmières diplômées. A côté de quelques-unes qui avaient ou ont conquis au mois de mai le certificat d'études, il y en a d'autres dont l'instruction primaire laisse à désirer. A celles-là, nous ne saurions trop recommander de la compléter en suivant très exactement l'école durant l'année prochaine. Il y va de leur propre intérêt, car, lorsque tous les hôpitaux auront été laïcisés, cette date approche, le nombre des promotions diminuera et l'Administration aura naturellement le devoir de choisir les surveillants et les sous-surveillantes parmi les infirmières diplômées les plus instruites au point de vue de l'enseignement professionnel et au point de vue de l'enseignement primaire.

La prière que j'ai à vous adresser, M. le Directeur, c'est de ne plus faire de promotions parmi les infirmiers qui ne sont pas diplômés. L'école fonctionne depuis 11 ans ; les suppléants et les sous-surveillants savent qu'elle existe ; ils peuvent, comme leurs camarades, suivre les cours et conquérir leurs diplômes. S'ils ne le font pas, c'est qu'ils dédaignent les conseils que vous ne cessez de leur donner. Leur accorder de l'avancement, c'est décourager les hommes de bonne volonté, et, ici même, ainsi que je vous le disais tout à l'heure, vous avez 23 infirmiers diplômés qui sont parfaitement en mesure de rendre à l'Administration des services intelligents et dévoués : Je les signale à votre esprit de justice et je ne crains pas de vous remercier d'avance en leur nom.

N'oubliez pas tous, mesdames et messieurs, les conseils que je n'ai cessé de vous donner. Soyez polis et bienveillants envers les vieillards et les malades ; tenez vos salles très propres, veillez à votre tenue personnelle, aidez-vous les uns les autres, travaillez vos cours primaires et vos cours professionnels et vous aurez bien mérité de la République à laquelle vous devez tout ce qui a été fait pour améliorer votre situation matérielle et intellectuelle.

En outre, il a été procédé à la distribution des récompenses, à la lecture des noms des infirmiers et des infirmières qui ont obtenu le *certificat d'études* et le *diplôme d'infirmier* ou *d'infirmière.*

Statistique des suicides en 1887.

Le nombre des suicides, en 1887, dans les 87 départements de la France, a été de 7,572, sur lesquels le département de la Seine seul figure pour 1.420, soit pour près d'un cinquième, alors que, normalement, eu égard à sa population, il ne devrait figurer que pour un quinzième. Le *mois* qui a fourni le plus de suicides est le mois de *juillet*, dont le total a été de 7[illegible]0, alors que la moyenne des autres mois est de 550 à 600. La proportion du nombre des *femmes* qui se donnent la mort est très inférieure à celle des hommes. Ainsi, sur ces 7,572 suicides, on compte 5.964 hommes et 1,608 femmes seulement. Dans le département de la Seine, sur les 1,420 morts volontaires, les femmes ne figurent que pour [illegible]95, c'est-à-dire un sixième du total environ. On se suicide de préférence de 50 à 60 *ans*. En effet, le chiffre des gens qui se sont donné la mort, entre ces limites, a été dans toute la France, de 1,508, tandis que de 30 à 40 ans, il n'a été que de 992. Mais de 40 à 50 ans, la proportion se relève et atteint 1.594. La période où les morts volontaires sont le moins fréquentes est l'extrême vieillesse. On ne compte que 166 suicidés agés de plus de 80 ans. Quelles sont les *causes* les plus fréquentes du suicide? La statistique officielle a pris soin de les relever. Nous les lui empruntons :

Misère et revers de fortune.

Misère ou crainte de la [illegible]	[illegible]83	888
Embarras de fortune	305	
Perte d'emploi, de procès, perte au jeu.	100	

Chagrins de famille.

Douleur causée par la perte d'ascendants, de parents, d'enfants [illegible]	[illegible]	1.031
Chagrins domestiques non spécifiés [illegible]	[illegible]	

Amour, jalousie, [illegible]

Amour contrarié [illegible]	[illegible]	1.[illegible]
Jalousie entre époux, entre amants [illegible]	[illegible]	
[illegible]	[illegible]	
[illegible]	[illegible]	

[illegible]

[illegible]	302	1.7[illegible]
[illegible]	37	
[illegible]	[illegible]	
[illegible]	[illegible]	
[illegible]	[illegible]	
[illegible]	187	

[illegible]

[illegible]	1.[illegible]	2.168
[illegible]	[illegible]	
[illegible]	[illegible]	
[illegible]	[illegible]	
[illegible]	[illegible]	[illegible]
Total général [illegible]		[illegible]

[illegible]

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux

État des Doctorats en médecine reçus pendant le mois de juillet (année scolaire 1887-1888).

MM. LAPLACE. [illegible] — MERTEN. [illegible] — [illegible]

[illegible]

[illegible]

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

STATISTIQUE DU 1er AVRIL AU 30 JUIN 1887, PAR LE Dr PASSANT.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	1	1	[illegible]	2[illegible]
2e	4	5[illegible]	1	3[illegible]
3	2	[illegible]	[illegible]	6[illegible]
4	33	5[illegible]	1[illegible]	1[illegible]
5	2	22	18	[illegible]
6	7	2[illegible]	[illegible]	4[illegible]
7	1[illegible]	2[illegible]	[illegible]	[illegible]
8e	3	1[illegible]	2	15
9e	1[illegible]	2	3	[illegible]
10	[illegible]	28	5	53
11	7[illegible]	[illegible]	3	18[illegible]
12	3[illegible]	4[illegible]	14	9[illegible]
13	32	[illegible]	22	1[illegible]
14	4[illegible]	38	17	[illegible]
15	4[illegible]	54	15	111
16	1[illegible]	11	2	24
17	32	6[illegible]	17	11[illegible]
18	[illegible]	7[illegible]	22	14[illegible]
19	[illegible]	[illegible]	2	127
20	8[illegible]	[illegible]	43	21[illegible]
	[illegible]	817	2[illegible]	1683

MALADIES OBSERVÉES.

A	
Angines et laryng.	166
Croup	54
Coqueluche	5
Corps étrangers de l'œsophage	2
— des fosses nasales	1
Ophthalmie	1
B	
Asthme	5[illegible]
Affections du cœur	4[illegible]
Bronchites aiguës et chroniques	1[illegible]
Pleuro-pneumonie	73
Congestion pulmonaire	20
C	
Affections et troubles gastro-intestinaux	123
Cholérine	[illegible]
Dysenterie	1
Athrepsie	15
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	[illegible]
Hernie étranglée	20
Rétention d'urine	14
Chute du rectum	1
Phimosis	[illegible]
Orchite	»
D	
Métrite. Métro-péritonite	36
Métrorrhagie	43
Fausse-couche	52
Accouc. D'h[illegible]	142
Accouc. non terminé	17

E	
Affect. cérébrales. Paralysies	89
Éclampsie Convuls.	63
Névralgies	22
Névroses	7[illegible]
Épilepsie	9
Aliénation mentale	10
Alcoolisme. Delirium tremens.	23
Rage	2
Pustule maligne	[illegible]
F	
Rhumatisme	20
Affections éruptives	49
Fièvre intermitt.	1
Fièvre typhoïde	20
Hémorrhagies de causes internes et externes	92
G	
Plaies. Contusions.	96
Fractures. Luxations. Entorses	31
Brûlures	6
Congélat. des pieds	»
Empoisonnements	18
Asphyxie par le charbon	9
— submersion	2
Suicide	6
H	
Mort à l'arrivée du médecin	[illegible]3
Total	1683

La moyenne des visites par nuit est de 18 49/100.
Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 18.79/100
Les hommes entrent dans la proportion de 35 0/0.
Les femmes — — de 49 0/0.
Les enfants au-dessous de 3 ans, 16 0/0.

Visites du 2e trimestre de	1887. .	1,709
— —	1888. .	1,683
Différence en moins.		26

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 19 août 1888 au samedi 25 août 1888, les naissances ont été au nombre de 11[illegible], se décomposant ainsi : [illegible] 310 [illegible] — [illegible] 311 ; illégitimes, 1[illegible] [illegible]

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants, [illegible] 18,380 militaires. Du dimanche 19 août 1888 au samedi 25 août 1888, les décès ont été au nombre de 9[illegible], savoir : [illegible] hommes et [illegible] femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 6, F. [illegible] T. [illegible] — Variole : M. 1, F. 00, T. 1. — Rougeole : M. 9, F. 9, T. [illegible] — Scarlatine : M. 3, F. 1, T. 4. — Coqueluche : M. [illegible] F. [illegible] T. [illegible] — Diphthérie, Croup : M. 8, F. 17, T. 25. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phthisie pulmonaire : M. [illegible]5, F. 7[illegible] T. [illegible] — Autres tuberculoses : M. 15, F. 10, T. 25. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 5, T. [illegible] — Tumeurs malignes : M. [illegible], F. [illegible] T. [illegible] — Méningite simple : M. [illegible], F. 10, T. [illegible] — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 10, F. 7, T. [illegible] — Paralysie : M. [illegible], F. [illegible] T. [illegible] — Ramollissement cérébral : M. 6, F. [illegible] T. [illegible] — Maladies organiques du cœur : M. [illegible], F. 22, T. [illegible] — Bronchite aiguë : M. 7, F. 11, T. 18. — Bronchite chronique : M. [illegible] F. [illegible] T. 15. — Broncho-Pneumonie : M. 6, F. 3, T. 9 — Pneumonie : M. 16, F. 11, T. 27. — Gastro-entérite, biberon : M. [illegible] F. [illegible] T. 1[illegible] — Gastro-entérite, sein : M. 24, F. 17, T. 41 — [illegible] au-dessous de 5 ans : M. 4, F. 0, T. 4. — Fièvre et pe-

ritonites puerpérales : M. 0. F. [illegible] T. [illegible]. — Autres affections puerpérales : M. 0. F. 2 T. 2. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 13. F. 9, T. 2[illegible] — [illegible] M. [illegible] F. [illegible] T. [illegible] — [illegible] : M. 15, F. 4, T. 1[illegible] — Autres morts violentes : M. [illegible] F. [illegible] T. [illegible] — Autres causes de mort : M. [illegible] T. [illegible] — Causes restées inconnues : M. [illegible]

Mort-nés et morts avant leur inscription [illegible] sent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, [illegible] — *Sexe féminin* : légitimes. [illegible]

BOURSIERS DE LICENCE [illegible] date du 7 août [illegible] 1888, [illegible] FACULTÉ DE PARIS. [illegible] MM. [illegible] FACULTÉ DE BESANÇON. [illegible] FACULTÉ DE [illegible]

[illegible]

TRANSFORMATION [illegible]

[illegible]

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. [illegible]

[illegible]

[illegible] (1) B. L. [illegible]

et ferments digestifs). Expériences cliniques de MM. Bouchut. Gubler, Frémy, Huchard, etc. Cette médication constitue le traitement le plus efficace des troubles gastro-intestinaux des enfants.

Dyspepsie. — VIN DE CHASSAING, —*Pepsine.* — *Diastase.*

Phthisie. *Vin de Bayard* à la peptone-phosphatée, le plus puissant reconstituant de la thérapeutique. Une à deux cuillerées par repas.

Albuminate de fer soluble (*Liqueur de Laprade*) le plus assimilable des ferrugineux (Pr Gubler). Une cuillerée à chaque repas. Chlorose et troubles de la menstruation, c'est le fer gynécologique par excellence.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès médical.

GILLES DE LA TOURETTE. — **Des attaques de sommeil hystérique.** Brochure in-8° de 52 pages.—Prix : 1 fr. 50.—Pour nos abonnés. 1 fr.

NEUMANN (E.). — **Nouvelles études sur le rôle de la prédisposition nerveuse dans l'étiologie de la paralysie faciale** dite *à frigore*. Brochure in-8° de 26 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. 70 c.

RAYNAL-O'CONNOR (E.). — **Extrait des comptes rendus de l'Académie de médecine de Paris sur les nouveaux instruments et appareils du Dr RAYNAL-O'CONNOR.** Brochure in-8° de 22 pages, avec 10 figures.— Prix. . . . . 1 fr.

Librairie CARRÉ et Cie, 58, rue Saint-André-des-Arts.

BIONDI (D.). — Sullo sviluppo degli spermatozoidi. Brochure in-8° de 30 pages, avec 2 planches hors texte. — Turin, 1886. — E. Loescher.

BIONDI, — Ueber Zwischenkiefer und Lippin-Kiefer-Gaumenspalte. Brochure in-8° de 6 pages. — Berlin, 1886. — Gedruckt bei J. Sittenfeld.

BIONDI (D.). — Verhandlungen der medicinischen Sectionder schlesischen Gesells chaft für vaterlandische Cultur. Brochure in-8° de 4 pages. — Breslau, 1887. — Grass, Barth et Ce.

BIONDI (D.). — Lippenspalte und deren Complicationen. Brochure in-8° de 56 pages, avec 3 planches. — Berlin, 1888. — G. Reimer.

CAMARA MELLO CABRAL et A. DE ROCHA. — Trabalhos do Gabinette de microbiologia. — 1er fasc. — Investição do bacillus typhicus nas aguas potaveis de Coimbra. Brochure in-4° de 61 pages, avec une planche hors texte.— Coimbra, 1888 — Imprensa da Universidade.

CHAZARAIN et DÈCLE. — Les courants de la polarité dans l'aimant et dans le corps humain. Volume in-8° de 100 pages, avec 116 figures. — Paris, 1887. — Chez les auteurs ; 58, rue Condorcet.

CHICOLI (N.). — Ricerchi istologiche sull'intossic'amento degli Animali ibridi equini in Sicilia. Brochure in-8° de 45 pages, avec 8 figures. — Palermo, 1887. — Tipografia G. Lorsnaider.

COMBEMALE (F.). — La descendance des alcooliques. Volume in-8° de 213 pages. — Montpellier, 1888. — Imprimerie centrale du midi.

CORNEILLE-SAINT-MARC (M.). — Du traitement des quelques hémorrhagies par l'eau distillée de goudron. Brochure in-8° de 47 pages. — Paris, 1888. — A. Davy.

FLEURY (P.). — Des causes de la dépopulation française et de la necessité de réorganiser les services d'assistance et d'hygiène. Volume in-8° de 96 pages. — Guéret. 1888. — P. Amault.

HEIMANN (A.). — Ueber Paralysis Agitans (Schuttellahmung). Brochure in-8° de 90 pages. — Berlin. 1888. — Verlag von A. Hirschwald.

LEGRET (E.). — Contribution à l'étude de la pathologie du système dentaire. Brochure in-8° de 23 pages. — Paris, 1888. — Lith. et Typ. Vieillemard et ses fils

PARIS (A.). — De la mélancolie. Brochure in-8° de 75 pages. — Chalons-sur-Marne, 1887. — Imprimerie Le Roy.

SCHIFFERS (P.). — Compte rendu des travaux et de la situation de la Société médico-chirurgicale de Liège, pendant l'année 1887. — Liège, 1888. — Imprimerie H. Vaillant-Carmanne.

STOLIPINE (D.). — Philosophie des sciences. Le rôle des idées dans le monde social. Brochure in-8° de 18 pages. — Genève,1888 — A. Cherbuliez.

SIDNEY COUPLAND and PASTEUR (W.). — Two cases of diffuse sarcoma of the spinal pia mater. Brochure in-8° de 15 pages, avec 2 planches. — Londres, 1887. — Adlard and Son.

SIDNEY COUPLAND. — On a case of ophthalmoplegia dependent upon thrombosis of the cavernous sinuses. Brochure in-8° de 11 pages. — Londres, 1887. — Ophthalmological Society's Transactions.

Ancienne Maison DELAHAYE et LECROSNIER, LECROSNIER et BABÉ, successeurs, Place de l'Ecole de Médecine.

ANNALES DU LABORATOIRE DE L'HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS (recherches sur l'anatomie et l'histologie normales et pathologiques de l'œil, accompagnées d'un atlas et publiées) par MM. FIEUZAL et HAENSELL. Vient de paraitre du tome II, le fascicule I. Brochure in-4° de 77 pages, avec 8 planches.

AUVARD ET SECHEYRON. — L'hypnotisme et la suggestion en obstétrique. Brochure in-8° de 72 pages.

BERREZ (E.). — De l'ulcère simple de l'œsophage. Volume in-8° de 89 pages, avec une planche. — Prix : 2 fr. 50.

COMBEMALE (G.). — La descendance des alcooliques. Volume in-8° de 213 pages. Prix : 3 fr. 50.

LABBÉ (L.) et REMY (Ch.). — Traité des fibromes de la paroi abdominale. Volume in-8° de 360 pages, avec figures. — Pr. 7 fr.

ROCHARD (J.). — Traité d'hygiène sociale. Volume in-8° de 692 pages. — Prix : 10 fr.

ZEISSL (H.-M.). — Traité clinique et thérapeutique des maladies vénériennes. Traduit et annoté par le Dr RAUGÉ. Volume in-8° de 328 pages.

BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LILLE. — 10e année, 1887. — Brochure in-8° de 74 pages. — Lille 1888. — *Journal des Sciences médicales.*

FENOGLIO e DROGOUL. — Osservazioni sulla chiusura delle coronarie cardiache. Brochure in-8 de 8 pages, avec 3 planches hors texte. — Roma, 1888. — Tipografia Prasca.

LEYDEN et PFEIFFER. — Ueber combinirte Degeneration des Rückenmarkes. Brochure in-8 de 21 pages, avec 3 figures. — Wiesbaden, 1888. — Verlag Bergmann.

LINROTH (K.). — Berattelse till Kongl. medicinalstyrelsen om Almäna Helsotillständet i Stockholmunder äret 1887. Volume in-4 de 73 pages et 81 tableaux. — Stockholm, 1888. — Beckman.

Librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne.

BESNIER (J.). — De la typhlite stercorale chez les jeunes sujets en particulier, et de la peritonite qui l'accompagne. De la tryphlo-péritonite a début péritonéal (Pérityphlite dite primitive). Brochure in-8° de 51 pages.

DUNCAN BULKLEY (L.). — Clinical notes on pruritus Brochure in-8° de 14 pages. —New-York, 1887. — W. Wood et Ce.

BENNETT (H.).— Muscular hypertonicity in paralysis. Brochure in-8° de 43 pages. London, 1888. — Macmillan and Co.

GALCEZZI (R.). — Sugli elementi nervosi dei muscoli di chinoura dei bivalvi. Brochure in-8° de 9 pages, avec une planche hors texe. — Torino, 1888. — E. Loescher.

HAIG (A.). — The formation and Excretion of Vric acid considered with reference to gout and Allied diseases. Brochure in-8° de 36 pages. — London, 1888. — J.-Bale and sons.

LUSTIG (A.). — J. Microrganismi dal mytilus edulis. Brochure in-8° de 9 pages — Torino, 1888. — Librairie S. Loescher.

MARTINI (V.). — Sull'uso terapeutico della Creolina. Brochure in-8° de 23 pages. — Siena, 1888. — E. Torrini.

MAZZOTTI (L.). — Della pleurite purulenta secondaria alla pneumonite acuta fibrinosa, con evacuazione della marcia per le vie bronchiali ed esito in guarigione. Brochure in-4° de 15 pages. — Bologna, 1888. — Tipographia Gamberini e Parmeggiani.

VALIERI (R.). — Sulla canapa nostrana e suoi preparati in sostituzione della cannabis indica. Brochure in-8° de 32 pages. — Napoli. 1887. — Tipografia dell'Unione.

VALIERI (R.). — Sul Gozzo esoftalmico. Curato guarito dalla sola Canapa e suoi preparati. Brochure in-4° de 54 pages. — Napoli, 1888. — Tipografia dell'Unione.

GOMEZ DE FIGUEROA. — Estudio clinico de las enfermedades que padecen los obreros de las minas de Almaden, avec la collaboration de M. de MENDOZA y de M. de VILLANUEVA. Volume in-8° de 100 pages, avec 23 planches en chromo-lithographie. — Madrid, 1888. — Tipografia de Manuel G. Hernandez.

HIMMELFARD (G.). — Ueber Uebenhornschwangerschaft. Brochure in-8° de 17 pages, — Munich, 1888. — Munchener Medicinis che Wochenschrift.

VOSSIUS (A.). — Grundriss der Augenheilkunde. Volume in-8° de 469 pages, avec 84 figures et 14 planches hors texte. — Leipzig und Wien, 1888. — Fr. Deuticke.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VIII. N° 36 BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 8 SEPTEMBRE 1888.

Le Progrès Médical

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Difficultés de l'allaitement. — Des téterelles (1) ;

M. P. BUDIN, professeur agrégé.

Lorsqu'on étudie les difficultés de l'allaitement, on voit qu'elles peuvent tenir à un grand nombre de causes. Du côté de la mère, je vous signalerai la brièveté du mamelon, une disposition vicieuse des bouts de sein, les gerçures, les crevasses, etc. L'enfant peut ne teter que péniblement, soit parce qu'il est en état de faiblesse congénitale, soit parce qu'il a du coryza, du muguet, une affection quelconque de la bouche, soit parce qu'il offre des vices de conformation du côté des lèvres, de la langue, de la voûte palatine, du voile du palais, etc... Certains enfants même sont tellement faibles, que non seulement ils ne tettent pas, mais qu'ils ne peuvent même pas avaler le lait qui leur est introduit dans la bouche.

Pour remédier aux difficultés de l'allaitement qui tiennent à la mère, on emploie les bouts de sein, les pompes tire-lait, etc...

Quand les enfants tettent difficilement, on peut recourir à l'allaitement avec la cuiller, la timbale ou d'autres appareils.

Enfin, quand les enfants ne font pas d'efforts de déglutition pour avaler, on pratique le gavage.

Parmi les bouts de sein, un des plus répandus est celui qui porte le nom du Dr Bailly (*figure* 7) : il est formé par une cupule de verre cylindro-conique, sa base est largement évasée et, à son sommet, est adaptée une tétine en caoutchouc. « Cet instrument, dit M. Auvard (2), a un inconvénient, un gros inconvénient, tel qu'on est obligé souvent de renoncer à son emploi. L'enfant, pour aspirer le lait par son intermédiaire, est obligé de faire des efforts beaucoup plus considérables qu'à l'état naturel, et souvent il se rebute dans sa tâche trop pénible pour ses jeunes forces, il refuse de continuer à sucer et, au lieu de teter, il se met à pleurer. Il faut des enfants complaisants et vigoureux pour réussir avec le bout de sein de M. Bailly. »

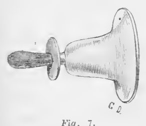


Fig. 7.

Pour éviter à l'enfant ces difficultés, M. Auvard a imaginé un bout de sein, ingénieusement combiné de telle façon que c'est la mère qui fait sortir elle-même par aspiration le lait de sa mamelle ; l'enfant n'a plus qu'un très léger effort de succion à pratiquer pour que le lait pénètre dans sa bouche.

L'appareil de M. Auvard (*figure* 8), qu'il a appelé depuis téterelle bi-aspiratrice (1), comprend plusieurs parties que nous allons décrire successivement :

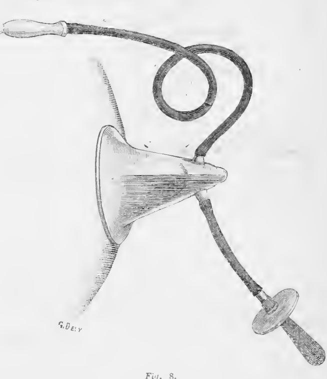


Fig. 8.

1° Une capsule en verre allongée, conique, qui porte deux tubulures près de l'extrémité du cône ; l'ouverture extérieure de l'une de ces tubulures est dirigée en haut, l'ouverture de l'autre est dirigée en bas.

2° Un tube de caoutchouc se terminant par une tétine destinée à l'enfant ; ce tube est fixé sur la tubulure inférieure. Il existe une soupape à l'intérieur de la tétine, soupape qui s'ouvre pour laisser passer le lait quand l'enfant exerce des mouvements de succion, qui se ferme, au contraire, si un mouvement d'aspiration est fait en sens inverse.

3° Un tube en caoutchouc, plus long, se terminant par un embout destiné à la mère. Ce tube est fixé sur la tubulure supérieure qui est près de l'extrémité du cône de verre.

Voici comment fonctionne cet appareil. La cupule est appliquée sur le sein. La tétine destinée à l'enfant est placée dans sa bouche, la mère saisit l'autre embout et exerce des mouvements de succion. Sous l'influence de ces mouvements, le vide est produit dans la cupule, le lait y jaillit et il tombe dans le tube en caoutchouc qui se rend à la tétine placée dans la bouche de l'enfant. Ce dernier n'a plus qu'à faire, à son tour, un léger mouvement de succion, le lait pénètre dans sa bouche et il avale.

Quelques semaines après l'apparition du travail du Dr Auvard, M. le Dr Smester a donné à son tour la description d'un appareil qu'il avait fait fabriquer une année

(1) Extrait d'une leçon faite le 28 avril 1888.
(2) *Gaz. Hebdom.*, 17 fév. 1888, p. 101.

(1) *Bulletin général de thérapeutique*, 15 mai 1888, p. 402.

auparavant, mais qui était resté ignoré, car il n'avait pas cru devoir le publier.

« Mon appareil, dit M. Smester (1), est composé d'une cupule en verre (*figure* 9) plus large, plus évasée, à cône plus long que le bout de sein de M. Bailly.

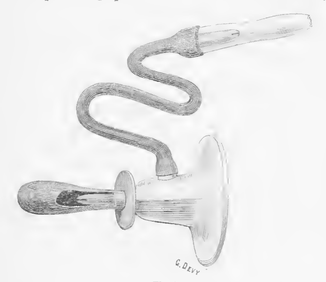


Fig. 9.

« La tétine en caoutchouc du Dr Bailly est remplacée par une tétine avec soupape de même matière. Sur la paroi de la cupule est adapté un petit embout de verre creux, auquel on fixe un tube en caoutchouc, terminé par une autre tétine, encore avec soupape. Il y a donc dans mon appareil une soupape à chaque embout.

« En somme, les deux derniers instruments exécutés par le même fabricant, M. Galante, sont très peu différents l'un de l'autre. Le mien, exécuté en janvier 1887, a une soupape de plus que celui du Dr Auvard, fait en décembre de la même année.

« Dans celui-ci, l'ouverture de sortie du lait est située à la partie inférieure du cône et non à son extrémité même ; la tétine destinée à l'enfant, au lieu d'être immédiatement sur l'extrémité conique de la cupule, étant portée par un tube plus ou moins long. »

Après avoir exposé les raisons qui lui font croire que l'appareil de M. Auvard ne saurait bien fonctionner, M. le Dr Smester fait en ces termes la critique de son propre instrument (2) : « En théorie, ce bout de sein n'est pas mauvais. Mais en pratique ! Les soupapes ne marchent pas ; elles ferment trop ou trop peu, de telle sorte qu'un appareil qui, théoriquement, remplit toutes les indications, pratiquement se détraque à tous moments.

« Ce sont ces dernières imperfections qui m'ont empêché de publier cette bien modeste découverte.

« Je voulais auparavant trouver la soupape idéale, la soupape type qui devait lever toutes les difficultés.

« Qu'on la dispose dans les tétines, dans la continuité des tubes ; qu'on la fasse en caoutchouc ou en verre, qu'on incise l'embout destiné à l'enfant, peu importe. Ce n'est qu'une question de mécanique et d'application qui regarde maintenant le fabricant. Le principe est désormais posé et la question médicale résolue; je le crois du moins. C'est aux fabricants à trouver ce rien, la soupape, et de transformer un appareil souvent infidèle, à cause de l'imperfection des soupapes, en un instrument de précision, et de donner aux mères et aux enfants chétifs un bout de sein dont ils ont grand besoin. »

(1) *Ann. de Gynéc.*, 15 mars 1888, p. 192-193.
(2) *Loc. cit.*, p. 195.

Cette fin de l'intéressante discussion à laquelle se livre M. Smester nous laisse un peu rêveur, car quand un fabricant trouvera-t-il « ce rien » la soupape idéale ?

Qui sait cependant si on ne pourrait pas se passer complètement de soupape ? Ce serait une autre solution.

Mais d'abord est-il exact que l'appareil de M. Auvard ne puisse bien fonctionner ? Nous en avons maintes fois fait usage à la Clinique d'accouchements de la Faculté et il nous a rendu de très grands services. Les objections de M. Smester ne seraient-elles donc pas fondées ?

« Si, dit M. Smester (1), la mère quitte son embout (avec l'instrument de M. Auvard), l'air pénètre dans l'appareil et, dans le cas d'ombilication du sein, le mamelon se rétracte. Si elle continue de teter, comme sa succion a pour effet de fermer hermétiquement la soupape contenue dans l'embout destiné à l'enfant, le lait monte à sa bouche. C'est elle qui prend le lait, et non l'enfant ; si tous les deux tettent ensemble, il faut que la succion de l'enfant soit plus énergique que celle de la mère, et c'est aux enfants faibles que cet appareil est destiné ! »

Si on examine les choses de près, on voit qu'en réalité elles ne se passent pas ainsi.

La mère, avec l'appareil de M. Auvard, aspire l'air contenu dans la cupule et fait le vide ; le lait jaillit, tombe par son poids dans la partie la plus déclive de cette cupule, où il forme une couche liquide plus ou moins épaisse (voyez fig. 8) : c'est au-dessus de cette couche que le vide est établi ; le lait continue à couler et il n'a aucune tendance à remonter dans la bouche de la mère. Lorsque l'enfant exécute des mouvements de succion, le lait, qui forme dans la cupule les couches inférieures, pénètre aisément dans sa bouche. Si la cupule ne contient plus de lait, l'aspiration de la mère ferme la soupape qui est dans la tétine destinée à l'enfant, le vide se fait dans l'appareil et le lait jaillit de nouveau. Donc, l'instrument de M. Auvard peut fonctionner et il fonctionne généralement bien.

Parfois, cependant, on ne réussit pas ; nous avons cherché les causes de cet insuccès et voici ce que nous avons constaté :

1° Les tubes en caoutchouc sont simplement apppliqués sur les différentes parties de l'appareil, or cela ne suffit pas; pendant l'aspiration, l'air passe entre les tubes et les surfaces avec lesquelles ils se trouvent en contact, il pénètre ainsi en produisant un léger sifflement et on n'arrive pas à faire le vide dans la cupule. Il est donc nécessaire de bien fixer les tubes en caoutchouc en les assujettissant avec un fil fortement serré ; de la sorte l'air ne passe plus.

2° La cupule conique étant large, évasée, nous avons vu certaines mamelles très souples, se précipiter jusqu'au fond et la remplir entièrement; dans ces cas, le lait, s'il jaillissait du sein, montait directement dans la bouche de la nourrice ; plus généralement, le mamelon s'appliquait sur les parois de l'appareil et le lait ne coulait pas.

3° Si la mère est couchée, quand elle donne à teter, l'appareil se trouve parfois incliné en haut et en avant ; l'extrémité du cône de la cupule étant très élevée, il faut que l'appareil soit presque rempli complètement pour que le lait puisse couler dans le tube qui se rend à la bouche de l'enfant (fig. 10); il est alors, en même temps, facilement aspiré par la mère.

4° Si, au contraire, la mère est assise, l'appareil peut être trop incliné de haut en bas, le lait tombe à l'extré-

(1) *Loc. cit.*, p. 194.

mité du cône de la cupule (fig. 11) et il se trouve encore aspiré par la mère.



Fig. 10.

Il est donc très important que le bout de sein soit placé bien horizontalement et soit constamment maintenu dans cette situation (fig. 8).

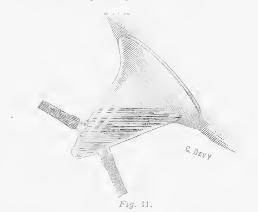


Fig. 11.

Nous nous sommes demandé si, pour éviter ces divers inconvénients et rendre plus facile le maniement de

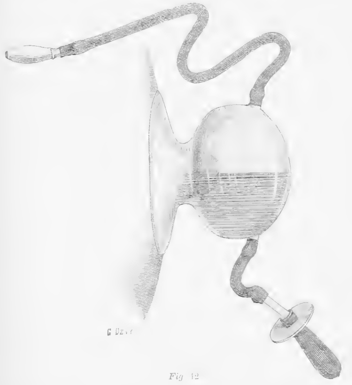


Fig. 12

l'appareil, il ne serait pas avantageux d'en modifier la forme.

Au lieu d'une cupule conique ou cylindro-conique, nous employons une ampoule en verre sphérique, rappelant un peu l'aspect d'un verre à ventouses (fig. 12); sur un des côtés, il existe une ouverture qui doit s'appliquer sur le sein, ouverture large, à bords évasés et assez inclinés pour que le mamelon ne s'étrangle pas. Aux deux extrémités d'un des grands diamètres de l'ampoule, sur un axe qui serait perpendiculaire à celui passant par le centre de la grande ouverture, sont deux orifices qui communiquent à l'extérieur à travers deux saillies creuses en verre.

Sur l'une de ces saillies en verre placée en haut, est fixé un tube en caoutchouc qui porte à son extrémité un embout pour la mère; sur l'autre saillie, placée au lieu le plus déclive, est fixé un tube en caoutchouc qui se termine par une tétine réservée à l'enfant; on peut mettre une soupape dans cette dernière.

L'embout destiné à la mère est en porcelaine, car les embouts en verre s'effritent et se brisent facilement sous la pression répétée des dents.

Les tubes en caoutchouc sont fixés solidement avec des fils, pour que le vide puisse se faire dans l'appareil.

L'ampoule sphérique doit offrir certaines dimensions. Il ne faut pas qu'elle soit trop grande, afin que le vide soit aisément obtenu; si elle est trop petite, on voit parfois le bout de sein pénétrer profondément dans son intérieur et aller s'appliquer contre la paroi de verre opposée : le lait ne sort plus.

La téterelle que nous avons fait fabriquer par M. Collin, présente les dimensions suivantes; la partie évasée qui s'applique sur le sein mesure 6 centimètres de diamètre à sa base et 24 millimètres au niveau de son ouverture dans l'ampoule. Le grand diamètre de cette ampoule est de 4 centimètres; elle est en verre assez épais, de la sorte elle ne se trouve pas aussi fragile.

Le mode d'emploi de cet appareil est semblable à celui de la téterelle d'Auvard : l'ampoule est appliquée sur le sein, la tétine est mise dans la bouche de l'enfant, la mère prend dans la sienne l'embout en porcelaine; elle fait le vide, le lait jaillit et tombe dans la partie la plus déclive du sphéroïde. Dès que l'enfant exécute des mouvements de succion, le lait pénètre facilement dans sa bouche. Par suite de la forme de l'ampoule et de la situation des deux tubulures, le lait, à aucun moment, ne saurait être aspiré par la mère.

Il existe des cas dans lesquels l'enfant est incapable d'exécuter des mouvements de succion, soit parce qu'il est trop faible, soit parce qu'il présente des vices de conformation. On peut arriver à l'alimenter avec le même appareil dont on a enlevé la soupape qui se trouve dans la tétine destinée à l'enfant; voici comment on procède alors.

L'appareil est appliqué sur le sein; la mère comprime fortement entre deux doigts le tube inférieur, celui qui se rend à la tétine mise dans la bouche de l'enfant. Elle aspire, le lait jaillit dans l'ampoule de verre dont il remplit la partie inférieure; lorsqu'il y en a une quantité suffisante, la mère cessant de faire le vide, écarte légèrement les doigts qui comprimaient le tube en caoutchouc et le lait, entraîné par la pesanteur, descend dans la tétine perforée de petits trous faits à l'emporte-pièce et, de là, tombe dans la bouche de l'enfant qui n'a qu'à exécuter un mouvement de déglutition. Lorsque tout le lait a été avalé, la mère comprime de nouveau le tube en caoutchouc, aspire, remplit en partie l'ampoule, puis écartant les doigts, laisse encore couler le lait dans la bouche de l'enfant.

Le procédé est, on le voit, très simple. L'appareil ne possède plus aucune soupape; les soupapes fonctionnant souvent mal et étant très difficiles à tenir propres, c'est là un grand avantage.

Vous voyez en ce moment dans le service un enfant qui est nourri de cette façon. Bien que chez lui les lèvres soient normalement développées, il n'a pas de voûte palatine; il lui est donc impossible de teter. Sa mère l'alimente avec notre appareil. Comme elle-même n'a pas de lait en quantité suffisante, une nourrice, ou si celle-ci n'est pas là, des voisines de salle se servent de la téterelle; elles remplissent en grande partie l'ampoule dont on fait couler le contenu dans la bouche de l'enfant. Ce dernier, qui est fort, se développe régulièrement ainsi que le montre la courbe de ses poids.

L'appareil sans soupape peut aussi être utilisé pour les enfants qui tettent; seulement dans ce cas, pour que l'enfant conserve l'habitude d'exécuter des mouvements de succion, on se sert de tétines qui n'ont pas de trous faits à l'emporte-pièce mais sur lesquelles on a pratiqué des incisions latérales. Un léger mouvement de succion de l'enfant suffit pour que le lait coule abondamment dans sa bouche.

Il est inutile d'ajouter que ces appareils doivent être tenus très propres, comme tout ce qui sert à l'alimentation des nouveau-nés. Il est facile de les démonter et de les nettoyer avec un petit écouvillon monté sur une tige souple. Nous les maintenons constamment dans une solution de naphtol (pour un litre d'eau : 0,40 centigr. de naphtol β et un centimètre cube d'alcool). Avant de s'en servir, on les plonge dans de l'eau ordinaire.

Restent enfin les enfants chez lesquels on est obligé de pratiquer le gavage. Voici comment on procédait jusqu'ici. Après avoir introduit le tube de la gaveuse dans l'œsophage et dans l'estomac, une nourrice faisait, par la pression, couler peu à peu de son sein le lait dans la capsule de la gaveuse. Le tube étant pincé entre deux doigts, le lait s'accumulait dans l'appareil et, quand il y en avait une quantité suffisante, on écartait les doigts, le lait tombait dans l'estomac et la gaveuse était retirée.

Cette façon de procéder présentait quelques petits inconvénients. Certaines nourrices avaient beaucoup de peine à faire sortir le lait de leur mamelle; de plus, la pression souvent répétée des doigts déterminait un certain degré de traumatisme et de la douleur; dans un cas, nous avons vu une inflammation assez vive du sein en résulter.

L'enfant supporte généralement très bien le gavage, cependant quand le tube en caoutchouc reste trop longtemps dans le pharynx et l'œsophage, il survient quelquefois des nausées et le lait est vomi, si on n'a pas soin d'enlever rapidement la gaveuse dès que le liquide a pénétré dans l'estomac.

Comme vous pouvez le voir actuellement dans le service, grâce à notre appareil, le gavage se fait beaucoup plus aisément. La nourrice comprime entre ses doigts le tube en caoutchouc inférieur auquel on n'a pas adapté de tétine, elle aspire par l'autre tube et fait jaillir son lait. Quand l'ampoule de la téterelle en renferme une quantité suffisante, une autre personne, qui tient l'enfant sur ses genoux, introduit la gaveuse; la nourrice met dans la cupule de cette dernière l'extrémité du tube de caoutchouc, cesse de comprimer le tube et laisse couler le lait qui pénètre dans l'estomac de l'enfant. On retire immédiatement la gaveuse. De la sorte l'enfant ne vomit pas et les nourrices, que la pratique du gavage ennuyait auparavant, s'y prêtent maintenant très volontiers, car il n'en résulte pour elles aucune fatigue, aucun inconvénient.

Vous le voyez, la disposition en forme d'ampoule sphérique de l'appareil et la suppression des soupapes offrent une utilité réelle; ces modifications me paraissent rendre plus pratique l'instrument ingénieux imaginé par M. Auvard.

J'ai dû entrer dans des détails très minutieux et je m'en excuse, mais, je vous l'ai déjà dit, la pratique vit de ces détails. Vous constaterez plus tard, par vous-mêmes, qu'ils ont en réalité une importance beaucoup plus grande qu'on ne serait tenté de le croire au premier abord.

PATHOLOGIE INTERNE

Epilepsie et asymétrie fronto-faciale;

Par BOURNEVILLE et Paul SOLLIER.

Il y a longtemps qu'on a remarqué la fréquence de l'asymétrie faciale chez les épileptiques, et M. Delasiauve, à la Salpêtrière, avait soin de la noter dans ses observations bien avant que Lasègue n'indiquât cette particularité comme un signe distinctif de l'épilepsie idiopathique, qui même d'après lui en était la conséquence. C'est en 1877 que Lasègue formula cette nouvelle théorie pathogénique de l'épilepsie dite essentielle. Il admet tout d'abord, d'après son expérience personnelle et pour l'avoir vérifié sur des centaines d'épileptiques, que tous les épileptiques idiopathiques présentent de l'asymétrie fronto-faciale. Comme d'autre part cette asymétrie provient d'un vice dans la consolidation définitive des os de la base du crâne, laquelle se produit de dix à dix-huit ans, il rapproche ces deux faits, et voit dans leur coïncidence un rapport de cause à effet, l'asymétrie fronto-faciale entrainant l'épilepsie essentielle. Cette idée de faire d'une maladie dont la nature nous échappait, et que par ignorance on qualifiait d'idiopathique, une affection symptomatique d'une malformation du système osseux du crâne était séduisante. L'épilepsie essentielle disparaissait du cadre nosologique et il n'y avait plus dès lors que des épilepsies symptomatiques. Malheureusement cette conception n'éclaire en rien le problème de l'épilepsie idiopathique, et en admettant même que la malformation crânienne soit la véritable cause première de l'épilepsie le mécanisme par lequel elle agit pour la produire ne nous en échappe pas moins complètement. Lasègue, du reste, s'est bien gardé d'aller au fond de sa théorie et d'en donner l'explication.

Laissons donc de côté la question de pathogénie pour ne nous occuper que du fait clinique, l'existence de l'asymétrie fronto-faciale chez les épileptiques idiopathiques. Quoique venant d'un homme aussi distingué que Lasègue, ce caractère de l'épilepsie essentielle n'attira pas une grande attention et fut admise ou rejetée sans contrôle. Un seul auteur, M. Garel, en 1878, entreprit des recherches dans ce sens sur un assez grand nombre d'épileptiques, et en même temps sur un nombre égal d'individus normaux. Les résultats auxquels il est arrivé semblent devoir lui permettre de rejeter l'opinion de Lasègue. Mais deux causes d'erreur entachent complètement ses conclusions. D'une part, en effet, les épileptiques qu'il a examinés ne sont pas que des idiopathiques, et d'autre part il semble vouloir faire dire à Lasègue ce qu'il n'a jamais prétendu : que tous les

asymétriques étaient épileptiques. Lasègue s'est contenté de dire que tous les épileptiques *idiopathiques* étaient asymétriques, mais nous ne pensons pas qu'il ait jamais voulu renverser la proposition.

Mais les assertions de Lasègue aussi bien que celles de M. Garel ne sauraient juger définitivement la question, car tous deux se sont servis pour leurs recherches de procédés défectueux et insuffisants, et Lasègue en convient lui-même en regrettant de ne pouvoir appliquer la méthode graphique à cette étude. Il ne se servait, en effet, pour apprécier l'asymétrie que de la vue et du toucher, et dans ces conditions de nombreuses causes d'erreur peuvent se glisser quand il s'agit surtout d'asymétries peu accusées. Nous avons au contraire cherché à appliquer dans ces nouvelles recherches la méthode des graphiques.

C'est dans ce but que l'un de nous, tant à la Salpêtrière qu'à Bicêtre, a pris l'habitude de faire mouler les bustes de tous les malades décédés. On a ainsi une grande collection de bustes d'épileptiques sur lesquels il est toujours facile de faire porter ses recherches et ses vérifications. A cette manière de faire il y a deux avantages considérables. Le premier et le plus important, c'est que l'épileptique qu'on étudie ayant été autopsié on est certain du diagnostic d'épilepsie non symptomatique, ce qui est indispensable, et qu'on ne saurait affirmer cependant sans preuve anatomique. Le second avantage, c'est qu'on peut appliquer sur ces moulages qui reproduisent fidèlement la nature, des appareils qu'on ne pourrait employer avec des individus vivants. C'est sur trente bustes d'épileptiques idiopathiques que nous avons entrepris de vérifier l'idée de Lasègue, sans prévention aucune d'ailleurs dans un sens ou dans l'autre. Ce sont les résultats de ces recherches commencées l'an dernier, qui viennent d'être exposés dans la thèse récente de M. le Dr Pison (1), faite sous notre direction à l'hospice de Bicêtre.

L'appareil que nous avons employé a été imaginé par l'un de nous, les divers crâniomètres ou stéréographes habituellement employés ne pouvant s'appliquer dans les conditions où nous opérions. Ce petit appareil du reste fort simple se compose d'une planchette horizontale fixée sur quatre pieds et percée d'un trou circulaire de 30 centimètres de diamètre, pour permettre à la tête du buste de passer. Au dessous se trouve un piédestal pouvant à volonté s'élever ou s'abaisser, sur lequel on place le buste de façon à faire passer le plan de la planchette à des niveaux différents de la tête. Pour obtenir maintenant la projection d'un plan passant par un niveau quelconque du crâne ou de la face, voici comment on procède. Sur la planchette se trouve tracé un cercle divisé en un grand nombre de rayons également inscrits et de plus numérotés. Le cercle est représenté par une rainure dans laquelle se meut un curseur qui supporte une tige métallique divisée en millimètres pouvant glisser en restant toujours parallèle aux rayons du cercle. On peut donc amener successivement le curseur sur chaque rayon numéroté de la planchette, puis on fait glisser la tige jusqu'au contact avec le crâne ou la face. On lit alors le nombre de millimètres obtenus entre le point de contact et le cercle. Il suffit alors de reporter cette mesure sur une feuille de papier où se trouve tracé un cercle identique avec des rayons numérotés comme sur la planchette. En réunissant par une ligne continue tous les points ainsi obtenus sur les différents rayons, on obtient une figure qui est la projection exacte du crâne ou de la face au niveau où on a placé la planchette. Pour les recherches actuelles, il suffisait de prendre les graphiques du front et de la face seulement. Au front nous avons fait prendre les mensurations au niveau des bosses frontales, à 25 millimètres environ au-dessus de l'arcade sourcilière, et pour la face au niveau des saillies malaires. Dans ce dernier cas, le plan de la planchette passait au niveau même du conduit auditif externe, et le diamètre transversal du cercle par les deux conduits auditifs ; tandis que dans le premier cas il réunissait les deux perpendiculaires passant par les conduits auditifs. De cette façon les différents graphiques sont tous comparables entre eux, les points de repère étant identiques.

Nous ne saurions ici donner en détail les particularités que cette méthode a mises en relief et nous renvoyons à la thèse de M. le Dr Pison, mais nous voulons attirer seulement l'attention sur quelques points intéressants au point de vue de l'asymétrie en général et surtout de son rapport pathogénique avec l'épilepsie essentielle.

Comme Lasègue, nous avons été frappés de la fréquence excessive avec laquelle se montre l'asymétrie fronto-faciale chez les épileptiques idiopathiques. Sur 30 cas, il n'y en a qu'un seul dans lequel il n'y ait pas d'asymétrie véritable, le front seul présentant une saillie un peu plus prononcée à droite qu'à gauche. Dans tous les autres cas, au contraire, l'asymétrie existe, soit frontale, soit faciale, soit fronto-faciale, entrainant avec elle très fréquemment de l'asymétrie du nez, de la bouche, du menton. L'observation de Lasègue, au point de vue clinique, nous parait donc exacte.

Mais ce qui, dès le début, avait vivement attiré notre attention, c'est ce fait que de jeunes épileptiques idiopathiques, décédés bien avant la période de consolidation de la base du crâne, présentaient déjà de l'asymétrie et souvent à un degré très marqué. A moins d'admettre que la consolidation définitive du crâne se fait beaucoup plus tôt que de 10 à 20 ans, on est bien obligé de chercher une autre cause à l'asymétrie, qu'un vice de consolidation de la base. Ce qui semble le plus vraisemblable à une époque où tout l'organisme, et surtout le crâne, se développe, c'est qu'il y a eu arrêt de développement. Mais reste à savoir si c'est l'arrêt de développement du crâne qui réagit sur le cerveau et y détermine l'épilepsie, ou si c'est au contraire le cerveau malade, dont les modifications se traduisent par l'épilepsie, qui retentit sur le développement du crâne et lui imprime un ralentissement ou un arrêt. Il nous semble bien plus naturel d'admettre que c'est le crâne, dont le développement est soumis à celui du cerveau, et qui n'a pas lieu de s'accroitre si l'organe qu'il est destiné à contenir cesse d'augmenter. Pour nous donc, l'asymétrie crânienne n'est pas la cause de l'épilepsie idiopathique. Elle en est au contraire la conséquence. Elle lui est consécutive, ou tout au plus concomitante, mais ne la précède jamais.

Toutes deux, du reste, relèvent peut-être d'une même cause, l'arrêt ou l'irrégularité dans le développement concomitant du cerveau et du crâne. Ce qui parait rendre cette idée plus probable, c'est que l'on observe très fréquemment une inégalité de poids entre les hémisphères cérébraux, ce qui montre bien cet arrêt de développement. Un autre fait aurait une grande valeur s'il pouvait être constaté exactement, c'est de savoir le

(1) Pison. — *De l'asymétrie fronto-faciale dans l'épilepsie.* Th., Paris, 1888.

rapport des convulsions épileptiques, au point de vue de leur siège ou de leur intensité plus grande dans un côté du corps, avec l'hémisphère ainsi atteint. Malheureusement, cette constatation est très difficile à faire, le médecin ne se trouvant que rarement là au moment des accès épileptiques.

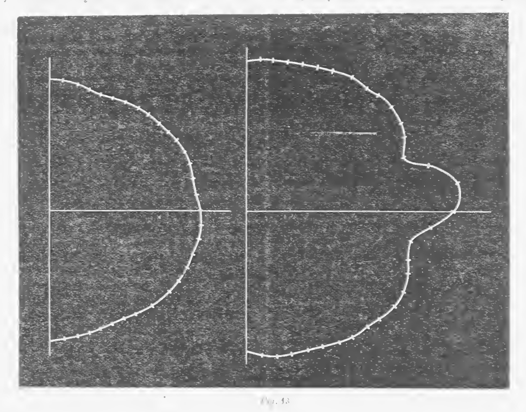


Fig. 13

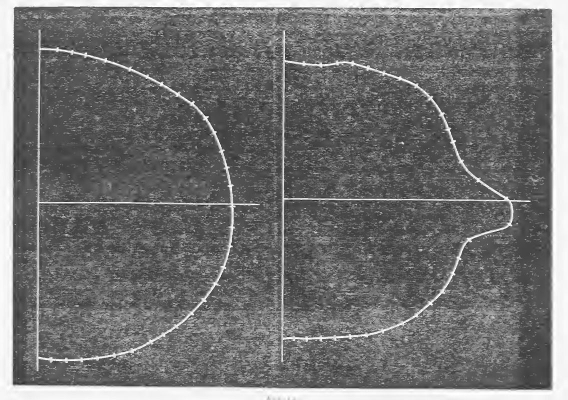
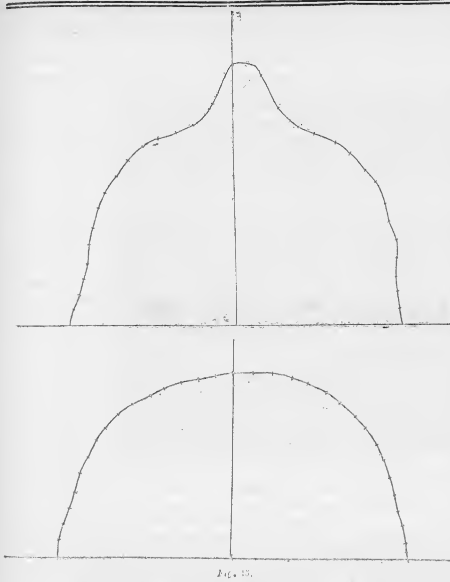


Fig. 14

Dans les quelques cas où la chose a été notée d'une façon précise, nous n'avons constatée aucun rapport constant. Nous ne saurions cependant rien afirmer de définitif à cet égard, le nombre de nos cas étant trop restreint.

Quoiqu'il en soit de la relation pathogénique entre l'asymétrie fronto-faciale et l'épilepsie, il n'en reste pas moins un fait clinique intéressant, c'est que, dans l'immense majorité des cas, les épileptiques idiopathiques présentent de l'asymétrie fronto-faciale. Cette notion peut donc, dans une certaine mesure, aider au diagnostic souvent délicat de l'épilepsie idiopathique et de l'épi-


Fig. 15.

lepsie symptomatique, lorsque surtout l'épilepsie date de l'enfance et qu'il n'y a pas de signes manifestes de sclérose ou d'atrophie cérébrales. D'une façon générale, nous dirons donc que lorsqu'on se trouve en présence d'une épilepsie survenue avant 20 ans, sans traumatisme, on a les plus grandes chances pour avoir affaire à de l'épilepsie essentielle, ce qui n'est pas indifférent pour le pronostic, sinon pour le traitement.

Les centenaires. — Voici d'après la plus récente *Statistique officielle* communiquée à l'Académie des sciences le mois dernier le nombre des centenaires en France. Il est de 70 environ. Le doyen actuel de ces centenaires serait un nommé Rives, habitant à Tarbes, porte par son acte de baptême comme né le 21 août 1770, en Espagne : il aurait donc actuellement 118 ans et il jouirait d'une parfaite santé. Après lui viendrait une femme de 114 ans, née en 1774, et qui habite le département de l'Ardèche. En dehors de ces deux cas de longévité exceptionnelle, l'âge de 105 ans paraît être la limite extrême de la vie en France.

Enfants assistés en Algérie. — A la suite de la donation de terrains par l'abbé Roudille, donation à laquelle il avait mis pour condition que le 1er janvier 1889 il y aurait commencement d'exécution, de la fondation d'une colonie d'enfants assistés, M. Peyron part pour l'Algérie ainsi que MM. Péan, Chassaing, Levraud, Chautemps, composant la Commission nommée par le Conseil général de la Seine. Tous, y compris les délégués de l'Assistance publique, doivent se trouver réunis fin septembre, sur le territoire de la future colonie, à Ben Chikao afin de prendre les dispositions définitives.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le rôle pathogénique de la croissance.

L'affaiblissement qui résulte d'une croissance rapide se traduit par des troubles variés et prédispose à de véritables maladies. Le grand public exagère peut-être le rôle pathogénique de la croissance, je ne connais pas de médecin qui le nie sans restriction.

Je vais essayer d'embrasser, dans une vue d'ensemble, les différents états morbides qui, dans la seconde enfance, sont en relation avec la croissance.

Cette croissance rapide, qu'elle survienne dans les conditions physiologiques, ou qu'elle succède à une maladie aiguë, se traduit par l'allongement du squelette. Les épiphyses des os longs sont le siège d'un travail qui frise l'inflammation, qui l'appelle parfois (ostéites et ostéomyélites des jeunes sujets) ; mais sans rapporter directement à la croissance ces accidents infectieux auxquels elle prédispose, on ne peut méconnaître les relations étroites qui unissent la croissance à certaines exostoses et hypérostoses qui sont comme le témoignage irrécusable d'une formation osseuse exagérée.

Ces productions qui viennent se greffer sur les os des adolescents, au voisinage des points qui sont le siège du travail d'accroissement en longueur des os, méritent donc bien le nom d'*exostoses de croissance*.

Sans aller si loin, le développement osseux exalté par la croissance, se traduira par différentes manifestations cliniques qu'on aurait tort de négliger. Ce sont des douleurs spontanées au niveau des diaphyses ou plus souvent sur les épiphyses, au voisinage des articulations, du genou principalement qu'on trouvera douloureux à la pression, à la marche, aux mouvements communiqués.

Faut-il rapporter les céphalalgies de croissance aux os du crâne ? Le doute est permis. Quant à la *fièvre de croissance* que M. Bouilly a étudiée en corrélation avec ces douleurs osseuses, elle n'est pas encore suffisamment établie.

Ce qui est certain, c'est que la douleur ne reste pas localisée au système osseux, le premier est le plus touché par la croissance ; elle présente des irradiations multiples qu'il faut indiquer.

Sans doute, il faut tenir grand compte ici des tempéraments et des idiosyncrasies pour comprendre la diversité des tableaux cliniques.

Tel sujet accusera des douleurs vagues occupant tous les membres ainsi que la tête et le tronc ; ces douleurs s'accompagnent d'inaptitude physique et intellectuelle. L'enfant qui, avant la croissance, était actif et intelligent, refuse maintenant de travailler ; tout mouvement, tout effort intellectuel lui est à charge.

Tel autre est devenu nerveux, irritable, sujet aux insomnies et aux terreurs nocturnes. Plusieurs, qui étaient vigoureux et alertes, ne peuvent désormais marcher vite ou courir dans la rue sans tomber ; une petite fille portait aux genoux de nombreuses ecchymoses dues aux chutes fréquentes qu'elle faisait ainsi depuis qu'une croissance excessive de 15 centimètres en six mois l'avait affaiblie.

Les douleurs peuvent atteindre les viscères et en particulier l'estomac qui devient le siège de troubles notables: dyspepsie, gastralgie, nausées et vomissements.

L'appétit est presque toujours diminué et la faiblesse s'accroit en conséquence. C'est alors qu'on peut voir évoluer des troubles plus graves et que de véritables maladies peuvent se déclarer. J'ai vu deux petites filles présenter des épistaxis rebelles et devenir anémiques à la suite d'une croissance rapide.

La chlorose, dont le double caractère dyscrasique et nerveux est bien connu, peut survenir dans les mêmes circonstances ; j'en dirai autant de l'hystéric et de la chorée dont la croissance, chez les enfants de souche névropathique, peut favoriser l'éclosion.

Dans un article, qui a plutôt les allures d'un pamphlet que d'une leçon magistrale (1), M. le professeur Germain Sée raille, avec délicatesse et courtoisie, *les illustres travaux et les intéressantes élucubrations* de Joffroy et Comby sur la chorée. Ces messieurs ont osé attaquer la théorie rhumatismale de la chorée pour laquelle M. Germain Sée a des entrailles de père. Ils ont dit que la chorée appartenait à la grande famille névropathique, ils en ont fait une névrose de croissance.

M. Germain Sée, sans apporter d'arguments nouveaux et personnels à la thèse qu'il a mise au jour il y a 40 ans, cite quelques statistiques favorables à sa théorie, il se garde bien de mentionner celles qui la contredisent.

Si M. Germain Sée conteste l'influence de la croissance à l'égard de la chorée, en revanche il attribue à cette même croissance une hypertrophie cardiaque colossale. Il aurait vu, non pas une fois, mais quatre-vingt fois, cette hypertrophie de croissance qui fait battre la pointe du cœur dans le sixième et même dans le *huitième espace intercostal.*

On peut lire, dans la *Semaine médicale* (7 janvier 1885) et dans tous les journaux de cette époque, la description de cette nouvelle maladie de croissance, que personne d'ailleurs n'a observée, en dehors de M. Germain Sée.

Je ne parlerai pas des palpitations cardiaques que la croissance peut évoquer chez les sujets qu'elle a affaiblis, anémiés et énervés.

Mais je m'étonne qu'une maladie qui serait fréquente (80 cas dans la pratique d'un seul médecin), qui se traduirait par des signes faciles à relever pointe dans le huitième espace, souffle systolique, etc.), n'ait pas encore été vérifiée par quelques-uns des médecins qui ont lu la note de M. Germain Sée.

Ecoutons ce que dit, à ce sujet, le Dr Constantin Paul (*Diagnostic et traitement des maladies du cœur, 2e édit., Paris* 1887) :

« ..... *Les palpitations de croissance peuvent-elles à la longue amener une hypertrophie du cœur ? Je ne le crois pas. Le cœur n'est en somme agité que pendant des périodes plus ou moins longues après lesquelles on le retrouve absolument normal, sans trouble fonctionnel et sans changement dans la mensuration. Telle était également l'opinion du Pr Germain Sée, en* 1883, *dans la 2e édition de son livre intitulé : Du diagnostic et du traitement des maladies du cœur. En* 1885, DEUX ANS PLUS TARD, *M. le professeur Sée, dans une leçon clinique faite à l'Hôtel-Dieu et reproduite par la Semaine médicale (n° du 7 janvier* 1885), *annonçait que,* DEPUIS 13 ANS, *il avait constaté pendant la seconde enfance, de 8 à 16 ans, une hypertrophie du cœur produite par la croissance. Dans sa seconde manière, M. le professeur Sée ajoute que cette hypertrophie cesse avec la croissance, et alors il hésite et se demande si ce n'est pas une simple dilatation du cœur. Mais sur quelles données métriques M. le professeur s'appuie-t-il pour soutenir ces affirmations ? Il ne l'a pas fait connaître.* »

On voit qu'il ne reste rien de cette fameuse hypertrophie cardiaque de croissance avancée par M. Germain Sée. Vue quatre-vingt fois par lui, elle n'a été retrouvée par personne ; si elle existait, comment pourrions-nous la méconnaître, flanquée des signes que M. Germain Sée lui a attribués : *pointe battant dans le huitième espace, souffle systologique, arythmie*, etc., etc... ?

Ce qu'il faut retenir de cette discussion, c'est que la croissance peut engendrer des palpitations, avec ou sans arythmie, et que l'hypertrophie cardiaque de croissance ne repose jusqu'à ce jour que sur des assertions dénuées de preuve. C'est une pure hypothèse, pour ne pas dire une complète erreur.

M. Germain Sée ne s'en tient pas à l'affirmation de cette hypertrophie cardiaque de croissance, il fait graviter autour d'elle tous les troubles que nous avons indiqués plus haut : la céphalalgie, les essoufflements, l'anémie, etc. Nous ne poursuivrons pas plus loin l'analyse de son travail et nous terminerons par quelques considérations sur l'influence réciproque des maladies et de la croissance, et sur l'hygiène thérapeutique qu'il convient d'opposer aux dangers de la croissance rapide.

Comme le fait remarquer M. Bouchard, dans son beau livre sur les *Maladies par ralentissement de la nutrition*, la croissance rend l'enfant plus vulnérable : les moindres causes provoquent chez lui des maladies aiguës auxquelles succèdent souvent des maladies chroniques ; c'est la bronchite, prélude de la phthisie ; ce sont les angines auxquelles succèdent les engorgements ganglionnaires qui s'indurent ou qui suppurent ; c'est dans ces conditions encore qu'on voit les simples contusions suivies d'arthrites fongueuses ou de périostites suppurées.

Telles sont les conséquences possibles de la croissance qui survient dans les conditions physiologiques ; le tableau est encore plus chargé si la croissance s'ajoute à l'influence débilitante d'une maladie aiguë, de la fièvre

(1) *Les chor. rhumatismes. Union médicale* (17 *juillet* 1888).

typhoïde par exemple. « *Tandis que dans les conditions habituelles,* dit M. Bouchard, *la convalescence des maladies aiguës est souvent chez les enfants le commencement d'un état de santé meilleur que celui qui existait avant le début de la maladie, on voit chez ces enfants qui, au cours d'une longue fièvre typhoïde, ont grandi d'un demi-millimètre ou de deux tiers de millimètre par jour, survenir des accidents qui rendent la convalescence traînante et qui s'opposent au retour de la santé. C'est là l'origine d'un certain nombre de scrofules et de tuberculisations.* »

Les observations d'ostéomyélites et de périostites consécutives à la fièvre typhoïde des jeunes sujets deviennent de plus en plus nombreuses. Ces inflammations plus ou moins graves sont les produits morbides de ces élongations osseuses dont les vergetures cutanées sont les témoins. Veut-on parer aux accidents prochains ou éloignés, aigus ou chroniques, de ces croissances rapides, c'est à l'hygiène et surtout à l'hygiène alimentaire qu'il faut s'adresser.

A ces enfants qui grandissent trop vite et qui souffrent physiquement et moralement de la croissance, M. Bouchard prescrit le lait, *qui sera généralement pris sans répugnance, qui sera élaboré facilement, qui par la graisse et par le sucre suffit amplement aux besoins respiratoires d'un organisme soumis pour quelque temps encore au repos physique, qui renferme la substance protéique sous une forme que les agents de la digestion rendent facilement assimilable, qui contient enfin les matières minérales dans la proportion exacte des besoins de l'organisme.* Au lait, il ajoute les œufs et surtout le jaune d'œuf, le pain, les légumes secs.

En même temps, on conseillera le repos physique et intellectuel, la vie au grand air, le séjour à la campagne. « *Sous l'influence d'une telle hygiène et sans la participation d'aucun médicament, l'amélioration ne tarde pas à se produire; le coloris reparaît, les forces et l'énergie renaissent, l'exercice devient possible et agréable, il produit alors ses bons effets de stimulation; le développement qui s'était effectué en longueur commence à se faire en largeur.* »

Ces préceptes sont sages et doivent être écoutés si l'on veut combattre chez les enfants que l'air des villes et la sédentarité scolaire ont épuisés, les anomalies de développement que les fils de nos paysans ne connaissent pas.

D[r] J. COMBY.

BOURSES A LA FACULTÉ DE LILLE. — M. LELOUP, conseiller général républicain d'Arras, a exposé, dans une des dernières séances du Conseil général, qu'il était hostile au vote de bourses à accorder à la Faculté de médecine de Lille. Et cela pour deux raisons : la première, c'est que, s'il existe à Lille une Faculté de médecine de l'État, c'est aux dépens de la ville d'Arras, à laquelle on a retiré l'École de médecine qui y prospérait autrefois; la seconde, c'est que, si l'on se décidait à entretenir à Lille des boursiers en médecine et en pharmacie, l'on devrait examiner à quelle Faculté on les enverrait; car, les renseignements que possède M. Leloup sont tels qu'il a sujet de se demander si la Faculté catholique de médecine de Lille n'est pas mieux organisée que la Faculté officielle. Le Conseil a clos la discussion qui s'était engagée à ce sujet, en rejetant toute proposition de bourses de médecine ou de pharmacie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 août 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

M. FERRAN (de Barcelone) prie l'Académie de tenir compte dans l'examen, des recherches effectuées pour la découverte de la vaccine chimique du choléra asiatique, des documents qu'il lui a adressés à différentes reprises.

M. FISCHER adresse une note sur le *Dermatosquelette et les affinités zoologiques du Testudo perpigiriana, gigantesque tortue fossile du pliocène de Perpignan.* M. B.

ASSOCIATION AMICALE DES MÉDECINS ANGLAIS.

CINQUIÈME RAPPORT DU COMITÉ (exercice 1887-1888).

Nous avons déjà eu plusieurs fois l'occasion de nous occuper de l'*Association médicale mutuelle des médecins de la Seine.* Nous croyons utile de communiquer à nos lecteurs les résultats obtenus en Angleterre par une Association similaire.

La question la plus importante, celle qui se posait tout d'abord, consistait à se demander si une société de cette nature répondait à un besoin réel et étendu, et si les membres de notre profession consentiraient à s'unir en nombre suffisant pour en assurer la stabilité et la durée. Après étude et enquête minutieuses, l'opinion des experts fixa à 400 le nombre minimum de membres nécessaires pour atteindre ce but. Ce nombre fut rapidement obtenu : 500 propositions environ avaient été reçues dans les six premiers mois. Depuis ce temps, le nombre des membres s'est constamment accru, les adhésions sont venues chaque année de plus en plus nombreuses, et le total des demandes reçues à la date de ce rapport s'élève à 1.039. A coup sûr, l'effectif actuel est de beaucoup au-dessous de ce total : des causes diverses l'ont réduit chaque année ; toutefois, la proportion des démissions est très faible. Cependant, notre effectif, dépasse le double de celui qui avait été considéré comme indispensable, et, tout en nous donnant la preuve concluante de la nécessité de notre société, notre nombre constitue une source de puissance et de sécurité puisque les moyennes expérimentales doivent être plus facilement réalisables dans une grande collectivité que dans une petite.

La base financière sur laquelle devait reposer la Société, constituait également une question de la plus haute importance. Bien que le plus grand soin eût été apporté à son étude, et que les sources d'information les plus dignes de confiance eussent été consultées, on avait dû reconnaître l'impossibilité de déterminer ce point d'une manière précise et attendre la lumière de l'expérience. Cette expérience est maintenant assez complète pour que nous puissions en tirer les conclusions, et elle met hors de doute la sécurité que donne à notre Société la base financière sur laquelle elle repose. Notre capital s'élève actuellement à 25,000 livres environ (exactement 273,510 fr.) : il a été constitué en totalité au moyen des primes payées par les sociétaires, et, bien que les seules évolutions de la statistique puissent permettre de calculer quelle part doit être attribuée soit aux bénéfices, soit au fonds de réserve, les membres de la Société peuvent attendre cette épreuve en toute confiance. D'un autre côté, les déboursés faits par la Société ont été suffisants pour démontrer la grande étendue de son utilité, un total de 5,610 livres 10 sh. 8 d. (140,250 fr. 30) ayant été payé pour indemnité de maladie depuis le commencement de l'association.

Si l'on examine de plus près les opérations que représentent ces déboursés, spécialement en ce qui concerne l'indemnité de maladie — qui constitue incontestablement maintenant la partie la plus importante de l'œuvre de la Société — quelques faits très intéressants seront mis en lumière. Ainsi, sur un effectif moyen de 700 membres, 275 ont participé à la répartition de la somme totale payée pour indemnités de maladie : ce fait semblerait démontrer qu'un membre sur trois est assujetti, dans le cours de quatre années, à l'incapacité professionnelle par suite de maladie ou d'accident. C'est une proportion à laquelle ceux qui n'ont pas étudié la question seraient loin de s'attendre et elle nous donne amplement la preuve des risques

de maladie. A coup sûr, de grandes différences, se sont produites dans la nature et la durée des cas ; beaucoup n'ont pas dépassé une semaine ; un a duré plus de trois ans ; un autre plus de deux ans. Les deux derniers confirment la nécessité de notre mode actuel qui réduit l'indemnité dans le cas d'incapacité permanente, puisque l'indemnité peut-être alors considérée comme une allocation viagère qui sera d'une grande valeur pour les membres de la Société et n'entraînera pourtant pas une charge financière appréciable. C'est encore un des points intéressants de cette expérience que le grand nombre de cas d'incapacité produite par les accidents. Il semble qu'il y a là un risque auquel les médecins, surtout ceux qui exercent à la campagne, sont plus particulièremen exposés. Plusieurs de ces accidents — contre lesquels l'examen médical au moment de l'admission ne saurait certes, donner aucune garantie, se sont produits dès le début de la participation. Dans un cas (fracture comminutive du coude pied), le sociétaire a reçu 109 liv. 4 sh. (2,730 fr.), pendant sa première année de participation. Ce cas et d'autres analogues fournissent la preuve indubitable de la nécessité de la Société, ainsi que la possibilité réelle et toujours présente de son utilité, même pour les mieux portants et les plus vigoureux parmi ses membres. Pour résumer et pour conclure, le taux de la morbidité, tout en restant au-dessous de la moyenne prévue et à laquelle il est amplement pourvu, fournit un risque moyen très palpable ; cette branche de la Société promet un fonctionnement très actif et très utile et impose à l'administration une attention et une surveillance minutieuses,

La possibilité de gérer la Société d'une façon efficace et économique avait été entrevue dès le début. Il était évident qu'en raison du caractère promptement reconnu de l'utilité et de l'entreprise, on ne manquerait pas d'administrateurs de bonne volonté et désintéressés : mais il fallait aussi se demander si ce service gratuit pourrait s'accorder avec les exigences d'une fonction englobant une infinité de détails et la résolution des questions parfois de nature délicate et difficile et le placement garanti et rémunérateur ainsi que le contrôle d'un capital élevé et constamment croissant.

Le Conseil a veillé à cette administration avec un soin minutieux, une grande bienveillance, et constate le dévouement et le succès obtenu par les administrateurs qui avaient bien voulu se charger du poids et de la responsabilité de la gestion financière. Pour donner une preuve de cette bonne gestion, il suffit de signaler les frais généraux qui n'ont pas atteint 4 pour cent sur les 10 pour cent prévus par les statuts. Cette économie, déjà importante et satisfaisante par elle-même, le devient encore plus quand on considère le caractère de stricte mutualité de la Société, en vertu duquel les profits et la réserve sont entièrement attribués au bénéfice de ses membres. Il est cependant équitable de faire ressortir que ce résultat est en grande partie obtenue grâce au concours intelligent, actif et gratuit d'un grand nombre de sociétaires et de la presse médicale.

En résumé, l'effectif de la Société amicale des médecins anglais s'est élevé pendant l'année 1887-88 de 774 à 881 membres.

Elle possède un capital de 273.505 fr., après avoir distribué depuis sa fondation 140.250 fr. pour indemnités de maladie, dont 43.045 fr. pour l'année 1887-88.

Ces 43.045 fr. ont été répartis entre 125 malades pour un total de 3.658 journées de maladie.

Le produit des cotisations pour 1887-88 s'est élevé à 119 mille 155 fr.

Ces résultats généraux donnent les moyennes suivantes :

1° La dépense pour indemnité de maladie s'élève à 36 pour cent. du produit des cotisations. Les années précédentes, cette proportion avait été de 37.7 et de 38.1 pour cent.

2° La moyenne de la cotisation qui était de 133 fr. en 1885-86 et de 131 fr. en 1886-87, atteint pour l'année 1878-88 le total de 135 fr.

3° La moyenne des journées de maladie a varié en :

1885-86	de 4.59 à 5.11.
1886-87	de 4-50 à 5.15.
1887-88	de 4.47 à 3.92.

4° L'indemnité quotidienne pour ces trois années s'élève en moyenne et successivement à 11 fr. 41, 11 fr. 61 et 11 fr. 97.

5° Enfin, la réserve par sociétaire s'est élevée annuellement de 190 fr. en 1885-86, à 251 fr. en 1886-87 et à 322 fr. en 1887-88.

Si nous plaçons en regard de ces chiffres les résultats obtenus par l'Association médicale mutuelle du département de la Seine, nos lecteurs verront qu'elle peut, sans désavantage, supporter la comparaison avec la Société anglaise.

Au 31 juillet 1888, après 19 mois d'existence, l'Association médicale mutuelle présente la situation suivante :

Avoir au 31 décembre 1887.	6.741 francs.
Effectif (dont 15 memb. honoraires).	115 membres.
Nombre des journées de maladie . .	243 jours.
Total des indemnités payées.	2 430 francs.
Cotisation annuelle.	120 —
Avoir au 31 juillet 1888.	12.000 —

1° La moyenne annuelle des journées de maladie calculée pour les sept premiers mois de 1888 s'élève à 4.16 par associé ; nous devons toutefois faire remarquer qu'un seul associé a touché 1.750 fr. pour 175 journées d'incapacité.

2° La cotisation annuelle, 120 fr., et l'indemnité quotidienne 10 fr. sont invariables.

3° La réserve atteint 120 fr. par associé participant.

Nous appelons de nouveau l'attention de nos lecteurs sur ces documents qui n'ont pas besoin de commentaires (1).

REVUE DE PSYCHIATRIE

I. J.-M. Dupain. — **Etude clinique sur le délire religieux** (essai de séméiologie). — Paris, in-8, 1888. — A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeur.

II. P. Aubry. — **La contagion du meurtre. Etude d'anthropologie criminelle.** — Paris, in-8, 1888. — F. Alcan, éditeur.

III. B. Larroque. — **Rémission dans le cours de la paralysie générale. Monographie.** — Paris, in-8, 1888. — G. Rougier et Cie, imprimeur.

IV. B. Ball. — **La folie érotique.** — Paris, in-16. — J.-B. Baillière, éditeur.

V. Max Dessoir. — **Bibliographie des Modernen Hypnotismus.** — Berlin, in-8, 1888. — C. Duncker, éditeur.

I. — Ce que M. Dupain s'est proposé de démontrer, c'est que le *délire religieux* n'a pas d'autonomie, qu'il n'est pas une folie, une psychopathie, que ses caractères, participent des caractères des entités morbides où on le rencontre, et que toutes les billevesées délirantes sont en somme dans le même cas. Dans la folie systématique elle-même, c'est l'attitude de la conception délirante, son air, son évolution qui conduisent à la notion de la nature de la maladie. Et cette attitude est sous la dépendance de l'élément morbide que les cliniciens de notre époque tendent à fixer de plus en plus. Sans doute l'élément morbide est variable suivant les phases morbides, mais la régularité ou l'irrégularité, la variation uniforme ou l'uniformité de ces fluctuations constituent justement la mécanique cérébro-psychopathique qui seule est apte à servir de principe à la dénomination terminologique des affections mentales. Telles les allures de la fièvre et de l'ictère permettent en médecine générale de préciser le diagnostic. Exemple : Un paralytique général mégalomaniaque sera aussi bien roi qu'empereur, aussi bien empereur que Dieu. Or, toutes ses idées de grandeur, religieuses ou séculières, seront empreintes de cette exagération grotesque, fabuleuse et enfantine, qui est la marque de sa démence ; démence mégalomaniaque voilà l'élément morbide qui peint un état particulier du cerveau dans lequel la mentalité du sujet a peu à voir. Ce qui importe, ce qui trahit notre élément morbide du moment, c'est l'expansivité gigantesque et ridicule de l'aliéné ; le texte propre du délire, des délires, n'a évidemment pas de valeur en soi. Prenons maintenant un persécuté du type Magnan-Gérente. Il sera dangereux, non pas tant par le fonds de ses conceptions que par leur couleur, et encore cette couleur changera-t-elle à chaque période morbide. Inquiet, puis franchement persécuté, tout à l'heure ambitieux, et finalement dément, il subira.

(1) L'Association médicale mutuelle du département de la Seine, approuvée par arrêté ministériel en date du 7 décembre 1887, a son siège boulevard St-Denis, n° 8.

sous l'influence de l'élément pathologique qui préside à chacune de ces quatre périodes, une série de conceptions plus ou moins cohérentes, plus ou moins bien syllogistiquées. variables, quelle que soit leur coordination, dans leur teneur, mais non dans leur modalité. Ainsi tous les délires du même persécuté, et il peut en enfiler, en amalgamer plusieurs y compris le délire religieux, se manifesteront, au point de vue séméiologique, par la tendance du malade à interpréter contre lui ce qu'il voit, entend ou pense, puis, à grouper en système de persécutions mille idées différentes, d'où il dégagera des conceptions ambitieuses multiples aussi, jusqu'à ce que l'incohérence et l'affaiblissement des facultés viennent le terrasser. Les délires ne signifient donc rien; c'est la forme qui reflète l'état mental actuel, et le nom de la maladie résulte de l'analyse des divers éléments morbides dans le temps. Ainsi conçue, la pathologie mentale n'attend plus que son Galilée physiologique. M. Dupain, et son enthousiasme ne saurait que témoigner en sa faveur, croit que ce Galilée est M. Magnan. Aussi en arbore-t-il la classification. C'est son drapeau. Mais il ne tombe pas dans le travers de se confiner à l'enseignement du maître en disciple aveugle. Il a lu les auteurs anciens et modernes, français et étrangers; il en a étudié et discuté les textes; il leur a emprunté un très grand nombre d'observations (son mémoire en renferme CXLII). Ces observations, il les démarque et nous montre comment et pourquoi il les démarque afin de les adapter à la classification en question. De sorte que ce volume représente à la fois l'histoire du délire religieux d'après la nouvelle école, à la fois la photographie de l'aliénation mentale telle que la comprend et l'enseigne M. Magnan. C'est une thèse de séméiologie comparée très bien faite et franche complétée par un chapitre de médecine légale. La critique est ouverte.

II. — Réunir dans une monographie les faits qui démontrent que pour réveiller l'instinct de la destruction et le propager même chez les êtres les plus perfectionnés, il suffit d'un petit nombre de facteurs, tel a été le but de M. P. Aubry. En effet, un coup d'œil simplement superficiel jeté sur notre société si civilisée, si savante, si raffinée, nous montre à quels efforts chacun de nous est à tout instant assujetti pour se maintenir dans le calme de l'impartialité froide et juste. A côté de touchantes collaborations philanthropiques, quelle série de combats broyant impitoyablement les moins favorisés, sous prétexte de lutte pour la vie. Et nos assemblées délibérantes! Et nos commissions! Et nos corporations! Partout, toujours des excès de rivalité. Toujours prêts à donner du pain à ceux qui en manquent, nous sommes en même temps dévorés du désir de prendre par la famine nos concurrents. Et la colère! qu'est-ce, sinon l'irrésistible conception de détruire ce qui gêne, la vision *rouge* de la suppression de l'obstacle? Dix-neuf siècles de civilisation n'ont pu faire disparaître ce mode irréfléchi, bestial, de l'activité humaine qui, dans des conditions assez précises, se transforme en un torrent destructeur continu, de par la volonté ou la négligence de la société même. Telle est à peu près la philosophie de la bonne description de M. Aubry. La première chose à faire pour chercher le remède ou les remèdes du meurtre, c'est d'en déterminer les causes. Aussi est-ce aux *principaux facteurs de la contagion du meurtre* qu'est consacrée la première partie du travail. Les milieux. c'est-à-dire la famille, la prison, les exécutions publiques, les récits de la presse sont passés en revue, dans leurs rapports avec les types individuels normaux ou anormaux. La contamination puise un certain nombre d'arguments importants dans l'examen des *procédés* du meurtre, auxquels se rapporte la deuxième partie; nous y trouvons les modalités du crime: vitriol, revolvers, empoisonnements, incinération, dépeçages criminels. La troisième partie, sous le titre de: Epidémie et endémie du meurtre, traite des bouleversements sociaux contaminants — des guerres et de leur codification — des bandes cruelles — des mœurs de la Corse. Ce bref résumé permet d'embrasser l'étendue de la question. L'idée du meurtre, conclut l'auteur, est essentiellement contagieuse, et pour qu'il y ait contagion, il suffit qu'on agisse sur des héréditaires, des dégénérés, et que l'éducation vienne incessamment présenter à ces prédisposés, des tableaux de ce genre. Les actes de cruauté auxquels on assiste pendant les grands bouleversements politiques et sociaux reconnaissent presque toujours l'entraînement des masses par quelques esprits exaltés (véritable contagion imitative).

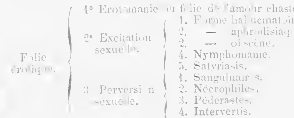
En ce qui concerne cette dernière proposition, l'auteur aurait pu également penser aux conditions préliminaires des grands bouleversements, dont l'explosion a été fatalement amenée par des résistances ou des excitations inconcevables ou maladroites: il s'agit alors moins d'une contagion que d'une conflagration commune, qui, jusqu'à un certain point justifiée, foudroie malheureusement ainsi que dans le cas d'explosifs agglomérés.

Hygiène morale, moralisation, réglementation des compte rendus de la presse, sévérité plus logique des tribunaux, voilà les remèdes. Nous nous permettrons encore une critique. Le vitriolage est, en effet, une épouvantable infamie! Mais l'habitude de prendre une maîtresse et de l'abandonner dès qu'elle est enceinte! Comment cela pourrait-il bien s'appeler? Quelles sont les conséquences sociales et anthropologiques de cette manière de procéder? L'analyse de cet acte a été faite par bien des écrivains qui ne sauraient être suspects de partialité..... On connaît leur conclusion. Il convient d'en tenir compte dans l'étiologie de la criminalité.

III. — C'est un mémoire qui a obtenu le prix Esquirol. M. B. Larroque nous fait assister point par point à la fragmentation du sujet, observations en main. Nature, variétés, fréquences, évolution, durée, modalités des *rémissions dans la paralysie générale*, influence des maladies incidentes sur les rémissions, symptomatologie des rémissions, telles sont, pour ne citer que les principales, les questions qu'il se pose et qu'il résoud, au moins partiellement. Que devient le malade, que devient la maladie? Rapports des rémissions avec l'un et avec l'autre? Quel est le cachet imprimé par l'hérédité, l'alcool, la syphilis? Voilà autant de problèmes cliniques dont on trouvera la consciencieuse étude dans ce travail. Vingt-quatre observations personnelles témoignent du labeur de M. Larroque, que nous ne saurions trop féliciter d'avoir contribué, par un apport original, à l'édification des substructions de la paralysie générale. Résumons quelques-unes des vues les plus importantes.

Les rémissions, qui s'observent une fois sur huit paralytiques généraux environ (l'auteur a laissé de côté les femmes) sont le plus souvent incomplètes; elles se montrent principalement dans les périodes initiales, et leur accentuation est surtout marquée quand elles tiennent à des crises pathologiques, et, au premier plan, à la suppuration. Si elles ne font pas disparaître la maladie, elles en reculent le terme. La paralysie générale à double forme est celle qui, à cause de ses rémissions à répétition, dure le plus longtemps. Il en est de même des pseudo-paralysies générales syphilitiques, saturnines, etc. On voit que nous ne nous étions pas avancé.

IV. — Petit volume spécialement consacré à la description de l'*aliénation mentale génitale* considérée comme une véritable maladie. M. B. Ball, en gardien fidèle de la tradition, continue et complète l'enseignement d'Esquirol, sous la forme élégante que chacun lui connaît. Voici comment il croit devoir « formuler, au point de vue didactique, sa classification. »



Folie érotique.	1° Erotomanie ou folie de l'amour chaste.	
	2° Excitation sexuelle.	1. Forme hallucinatoire.
		2. — aphrodisiaque.
		3. — obscène.
		4. Nymphomanie.
		5. Satyriasis.
	3° Perversion sexuelle.	1. Sanguinaires.
		2. Nécrophiles.
		3. Pédérastes.
		4. Intervertis.

Observations et descriptions d'ailleurs toutes intéressantes quoique un peu superficielles.

V. — C'est un *index médicus* que M. Dessoir a dressé relativement à toutes les questions de l'*hypnotisme moderne*. Le corps de cet index se compose de neuf parties sous les rubriques : généralités — médecine — magnétisme et hypnotisme — physiologie — psychologie et pédagogie — jurisprudence — actions à distance — magnétiseurs modernes — miscellana. Chacune de ces sections, subdivisée elle-même par ordre de matières, contient année par année, et par lettres alphabétiques d'auteurs, les articles, mémoires, livres parus, avec indication précise des sources. etc... Des listes de journaux, une table par ordre de division et de matière, une échelle par noms d'auteurs complètent ce travail et facilitent la recherche. Cet index sera continué. Ce n'est pas en France qu'il est utile d'insister sur l'importance de cette publication. On se rappelle qu'il y a peu de temps on niait presque, en Allemagne, la réalité des découvertes de M. Charcot sur ce sujet. Depuis le jour s'est fait dans toutes les régions de l'étranger. L'excellent dictionnaire de M. Dessoir en est une nouvelle preuve. P. Kéraval.

BIBLIOGRAPHIE

La police des mœurs en France et dans les principaux pays de l'Europe ; par le Dr Louis Fiaux. Paris, E. Dentu.

La police des mœurs est un reste de l'ancien régime ; son institution procède de cette idée que l'homme a besoin d'être soutenu par un bras tutélaire qui le protège, qui le corrige au besoin, et qui, finalement, le maintienne dans la direction générale du sentier de la vertu, ou, s'il s'en éloigne, ne lui permette que de suivre des sentiers à danger limité, côtoyant des précipices peu profonds. Dès que l'homme s'écarte des voies permises, il court à sa perte. Telle était la conception logique (et après tout défendable pour certaines périodes de l'évolution humaine, puisque tous les peuples ont passé par là) sur laquelle se sont basés les gouvernements théocratiques, puis les gouvernements de droit divin : L'homme est un infirme; il a besoin de tutelle. Les idées modernes ont changé tout cela ; nous sommes arrivés à croire que l'homme doit avoir la liberté du mal, pourvu qu'il ne nuise pas à son prochain malgré la volonté de celui-ci. Ne reconnaissant aucune infaillibilité, nous aimons mieux laisser chacun vivre à sa guise, persuadés que le résultat de cette liberté sera toujours préférable à celui que donnerait l'oppression par un seul ou par quelques-uns. Or, si nous sommes dépouillés en grande partie du vêtement de servitude des anciens régimes, il nous en reste encore quelques lambeaux. La police spéciale des mœurs est un de ces lambeaux; il ne paraît guère douteux que nous devions nous en dépouiller et que nous puissions le faire sans aucun préjudice pour la santé de l'organisme social. Le livre de M. Fiaux. dont la lecture nous inspire ces réflexions, est un exposé des usages de la police des mœurs en France et dans les principaux pays de l'Europe. Ce travail considérable comprend une introduction et deux parties. L'introduction est un historique, non pas seulement de la police des mœurs, mais surtout un historique des préfets de police qui se sont succédé à l Hôtel-de-Ville de Paris, depuis la Révolution de septembre 1870. Cet historique fort intéressant, parfois même amusant à lire, n'est point exempt de passion et on peut trouver parfois que M. Fiaux qui, en sa qualité de conseiller municipal, a eu souvent des lances à rompre avec les préfets de police, est quelque peu juge et partie. En effet, il faut bien distinguer dans la police des mœurs deux choses : les principes et l'application. La question de principe doit être jugée tout d'abord bien entendu ; car pour ceux qui admettent la répression administrative de la prostitution, il est clair que les procédés habituels de la police avec les erreurs aussi graves qu'inévitables, avec ses abus parfois si criants ne pourront guère manquer d'être employés : le préfet de police aura beau prendre des agents triés sur le volet, il n'en fera ni les gens bien élevés ni les hommes pleins de tact et de mesure que l'on désirerait ; il ne pourra pas les choisir avec ce soin que la France met à choisir ses députés et la population parisienne ses conseillers municipaux. Donc, c'est le principe qu'il faut combattre ; les faits reprochés dans l'application aux préfets de police et à leurs sous-ordres découlent du principe ; ils en sont les résultats presque inévitables.

Cela dit, nous nous bornerons à résumer dans l'introduction de M. Fiaux ses opinions sur les préfets de police successifs : 1° Le général Valentin, préfet purement militaire et versaillais, laissa la police des mœurs continuer ses agissements habituels. Il ne paraît pas s'en être occupé beaucoup. 2° M. Léon Renault, préfet orléaniste, ne paraît pas s'en être occupé beaucoup plus, et c'est surtout son rôle politique qu'envisage M. Fiaux. 3° M. Félix Voisin, pendant son court passage à la préfecture de police, ne paraît pas s'en être occupé davantage et a laissé marcher la machine. 4° M. Albert Gigot, qui a trouvé relativement grâce devant les yeux de notre auteur, n'en crut pas moins devoir défendre les agents des mœurs attaqués par les lettres du *Vieux petit employé*. Il remporta une victoire à la Pyrrhus et dut passer la main. 5° Quant à M. Andrieux, son successeur, il est sérieusement apprécié par M. Fiaux : « On a « remarqué, dit-il, que les renégats politiques et religieux « sont particulièrement aptes aux besognes qui visent leurs « anciens coreligionnaires. » Suit un portrait qui nous représente, en résumé, M. Andrieux comme un homme de caoutchouc, tant il est souple et tant son pouvoir d'adaptation est illimité. 6° et 7° Quant à MM. Camescasse et Gragnon qui succédèrent à M. Andrieux, nous pouvons résumer leur rôle en matière de police des mœurs par les mots bien connus : « plus ça change, plus c'est la même chose. » Il y a même eu sous M. Gragnon une recrudescence dans l'action de la police spéciale, car ce dernier préfet réussissait à éclipser tous ses prédécesseurs en faisant arrêter 12.761 femmes dans la seule année de 1885 et arrivait bon premier, dépassant d'au moins mille têtes de femmes les plus zélés de ses prédécesseurs.

Pendant que ces changements de personnes contrastaient à la préfecture de police avec l'immutabilité des agissements, la critique, basée, il faut le reconnaître, sur l'esprit de justice et l'amour du prochain, élevait peu à peu la voix. Yves Guyot, dont notre auteur s'honore d'avoir suivi les traces, fut à la fois le Pierre l'Ermite de la croisade contre la police des mœurs, et le Vincent de Paul des galériennes modernes. Emu de quelques arrestations de femmes opérées avec une brutalité révoltante ; puisant en outre une partie de sa force dans les erreurs de la police qui venait d'arrêter à diverses reprises des femmes qu'elle eût dû respecter et, en particulier, Mlle Rousseil, l'actrice bien connue, Yves Guyot, alors conseiller municipal à Paris, lançait dans les *Droits de l'Homme* un article retentissant qui lui valut six mois de prison et trois mille francs d'amende. On voit que s'il n'allait pas comme Vincent de Paul jusqu'à travailler avec ses protégées, M. Yves Guyot n'hésitait du moins pas à souffrir pour elles.

La campagne commencée dans les *Droits de l'Homme* fut, après la disparition de ce journal, continuée dans la *Lanterne* par diverses séries de lettres, dont les plus célèbres furent celles du *Vieux petit employé* (1878-1879). Il faut lire dans le livre de M. Fiaux l'amusante et inutile campagne faite par les limiers de la préfecture de police pour mettre la main sur cet insaisissable *Vieux petit employé* et pour savoir d'où il tirait les renseignements précis qu'il livrait au public.

Malgré ses efforts, malgré son intéressant livre sur la *prostitution* que nous avons jadis analysé dans ce journal, M. Yves Guyot ne réussit pas à amener de changements notables dans la manière de faire de la police des mœurs : mais il avait éveillé à ses risques et périls l'attention publique ; c'était déjà beaucoup. Poursuivons notre analyse.

Dans la *première partie*, faisant suite à l'*introduction*, M. Fiaux étudie la réglementation telle qu'elle existe aujourd'hui à Paris, en province et à l'étranger. Cette *pre-*

mière partie est l'interminable défilé des abus, des délits et même des crimes commis, soit par les agents chargés du service des mœurs, soit par les proxénètes, les tenanciers ou bien les gens pour qui ils travaillent. Ce qui frappe le lecteur, c'est la presque identité des faits relevés par M. Fiaux à Paris, en province et à l'étranger. L'auteur montre que le but poursuivi par la police des mœurs est d'augmenter et de peupler les maisons de tolérance et d'augmenter le nombre des filles inscrites. Il cite de nombreux faits d'embauchage de filles innocentes que l'on conduisait dans des maisons de tolérance sous prétexte de leur procurer des places de domestique. Ces faits se sont passés en France et à l'étranger. Souvent la police fermait les yeux; parfois, certains agents étaient complices des proxénètes. Malgré tout, le nombre des maisons de tolérance diminue, le nombre des inscrites n'augmente pas et l'armée de la prostitution clandestine conserve ses cadres au grand complet.

Cependant, ajoutons-le à titre de curiosité, si le sort des filles en carte n'est guère enviable à le prendre en général, la médaille n'est pas sans avoir un revers; ainsi, sans parler des femmes qui sont rayées de l'inscription sur la demande d'amants notables, Carlier cite un certain nombre de filles en carte qui ont contracté de brillants mariages (voir appendice, p. 879). Ce fonctionnaire a vu huit filles devenir l'une ministresse plénipotentiaire de France dans un pays étranger; deux autres, Mmes les comtesses de ***; une Mme l'intendante d'une armée étrangère; la cinquième la femme d'un gros négociant parisien, et les trois dernières trois grandes dames titrées à l'étranger. On voit que ce n'est pas seulement dans le traditionnel sac du pioupiou qu'on peut trouver son bâton de maréchal.

M. Fiaux consacre quelques pages à la prostitution masculine à Paris et entre autres aux mœurs du clergé; il cite quelques histoires de curés, de desservants, de vicaires et même de grands vicaires. A ce sujet, on peut dire qu'il n'est pas surprenant que des hommes qui ont voulu se soustraire à la loi sexuelle soient vaincus dans la lutte et arrivent même à cette perversion du sens génital qui conduit aux vices contre nature; seulement, ce qui serait intéressant à savoir, c'est la proportion des prêtres qui restent parfaitement chastes; de ceux qui succombent à la tentation en en suivant les voies naturelles; de ceux enfin qui présentent des déviations dans les fonctions génitales, telles que l'habitude de la masturbation, la pédérastie, etc. Malheureusement, une pareille statistique a peu de chances d'être jamais établie.

Après l'étude de la police des mœurs à Paris, M. Fiaux passe en revue la police spéciale de quelques grandes villes de France. Il montre, à Lyon notamment, quels abus criants se sont glissés dans les habitudes de la police; mais, en résumé, on peut dire que le rôle de cette dernière en province est calqué sur celui qu'elle joue à Paris. Nous ferons remarquer seulement que la tâche des agents est plus facile en province, parce qu'ils connaissent tout le personnel qu'ils ont à surveiller et que les honnêtes femmes y sont moins exposées à des arrestations arbitraires. Nous signalerons à M. Fiaux une petite erreur qui s'est glissée dans cette partie de son livre et qui est bien excusable dans un ouvrage aussi touffu et aussi mouvementé. Il cite dans une ville de province qui nous est bien connue un fait d'arrestation arbitraire opéré sur quatre femmes, une mère et ses trois filles. Ces quatre femmes furent examinées à l'hôpital; la plus jeune était vierge. Ce fait a dû certainement être rapporté inexactement à M. Fiaux, car il n'a laissé à l'hôpital aucun souvenir, et jamais il n'y a eu, soit à l'hôpital, soit dans la ville, de docteur portant le nom que l'on a indiqué à M. Fiaux.

La police des mœurs à l'étranger, partout où elle existe, est à peu près calquée sur la nôtre. L'auteur donne des détails avec documents à l'appui sur l'Angleterre, la Belgique, la Hollande, la Suisse, l'Autriche, l'Allemagne, la Suède, la Norwège, le Danemark, la Russie, l'Espagne, le Brésil, les Etats-Unis, l'Italie. L'Europe, on le voit, y passe et presque toute l'Amérique. On frémit en pensant au travail de Bénédictin qu'il a fallu pour rassembler tous ces documents, toutes ces statistiques. Certains pays, l'Angleterre notamment, présentent au point de vue de la police des mœurs un intérêt particulier. On sait que la police des mœurs ne fut réglementée spécialement en Angleterre qu'en 1864 (contagious diseases prevention act) et que cette loi fut applicable seulement à un certain nombre de stations navales et militaires. Or, dans ces diverses stations, le chiffre annuel des vénériens diminuait déjà d'année en année avant l'application des acts; après cette application, la diminution a continué, mais avec une progression moins rapide, d'où l'auteur conclut que cette loi spéciale n'a eu aucun effet utile et que les mesures d'hygiène prises avant et après ont plus fait que la réglementation pour améliorer la santé des soldats et des matelots anglais. Du reste, les *acts* ont été abolis partiellement en 1883 et totalement en 1886. Quant à la police anglaise dans la rue, M. Fiaux lui reproche les mêmes erreurs, les mêmes illégalités et les mêmes brutalités qu'à la police française. La plupart des filles seraient obligées de *graisser la patte* du policeman pour pouvoir circuler librement sur les trottoirs de Londres.

En résumé, M. Fiaux arrive à conclure de ses recherches: 1° Que la police des mœurs, non seulement attente à la liberté de toute une catégorie de citoyens et cela de la manière la plus brutale et la plus odieuse, mais encore qu'elle est impuissante à prévenir la diffusion des maladies vénériennes; 2° Qu'elle devrait être abolie et remplacée par le droit commun; 3° Que les maladies vénériennes et la prostitution devraient être combattues par l'admission des vénériens dans les hôpitaux ordinaires et par la protection des filles mineures. Enfin la femme devrait être protégée contre la séduction par la recherche de la paternité. C'est à développer ces conclusions qu'est consacrée la dernière partie du livre de M. Fiaux. Les principes sur lesquels l'auteur se base sont que: 1° la prostitution et la maladie ne sont ni des crimes ni des délits; 2° que le commerce des sexes doit être libre comme la croyance religieuse ou philosophique. Ces doctrines sont bien loin de celles que nous rappelions en commençant ce compte rendu. Il s'agit ici de la liberté dont chacun doit jouir à ses risques et périls et non plus de la liberté du bien. Il nous faudrait de longues pages pour suivre M. Fiaux dans les développements qu'il a donné à cette partie de son livre et déjà nous avons dépassé le cadre que nous nous étions tracé. Aussi terminons-nous en donnant à tous ceux que ces questions sociales intéressent le conseil de lire le livre de M. Fiaux. Nous serait-il permis d'exprimer à l'auteur lui-même un souhait relatif à la diffusion de ses idées? Si oui, nous lui dirons que par son étendue et ses innombrables détails son œuvre deviendra difficilement populaire; il serait à désirer que les vues principales en fussent condensées et réunies dans un petit volume facile à lire et à embrasser d'un seul coup. Les lecteurs curieux de remonter aux sources s'empresseraient de consulter le travail in extenso. Quant à notre jugement sur les réformes proposées par M. Fiaux, nous l'exprimerons brièvement: Il est certain que la police des mœurs telle qu'elle est actuellement doit faire place à une organisation plus en rapport avec les idées modernes; mais il sera bien difficile de la faire disparaître complètement. Le philosophe, le sociologiste pourront dire que la prostitution n'est ni un crime ni un délit et c'est parfaitement vrai; mais ils ne pourront pas faire que la femme vénale aussi bien que l'homme vénal ne soit justement méprisés; ils ne pourront pas faire que la prostituée abandonnée à elle-même ne soit la cause de scandales ou de délits publics, il faudra donc réprimer ces scandales et ces délits. L'intervention de la police sera donc toujours nécessaire malgré ses inconvénients.

Dr A. MALHERBE.

HÔPITAUX MARINS. — Le Conseil général de la Seine-Inférieure a voté une subvention de 200,000 fr. en faveur de l'hospice marin institué à Pen-Bron, en face du Croisic, pour le traitement des enfants scrofuleux et rachitiques.

VARIA

Distribution des Prix à l'École municipale d'Infirmiers et d'Infirmières de la Pitié.

Le 6 août a eu lieu à la Pitié la distribution des prix aux élèves de l'Ecole d'infirmiers et d'infirmières. Sur l'estrade, placée au fond d'une allée de la seconde cour, décorée de nombreux drapeaux, nous remarquons auprès de M. Peyron, directeur général, qui préside, M. le Dr Bourneville, directeur des écoles, M. Collin, conseiller municipal, M. Derouin, secrétaire général, MM. Imard, inspecteur et Mourlan, chef de division, M. Pinon, directeur de la Pitié, MM. Bourriot, Gallet, Rouxel, Hadancourt et Gillet, directeurs de différents établissements dont le personnel a suivi les cours de l'Ecole, M. le Dr Ch. Petit-Vendol, l'un des professeurs, les internes et les employés de la Pitié.

M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, prononce, au début de la séance, l'allocution suivante :

Mesdames, Messieurs,

Aucun de nous n'échappe à la maladie, mais c'est au moins une consolation que d'être entouré des soins au moment où l'on en subit les atteintes, et c'est être frappé deux fois que de se voir réduit à venir demander asile à l'hôpital. Et combien est plus triste encore la situation d'une femme, d'une mère obligée de nous abandonner son mari ou son enfant au moment même où son affection lui est le plus nécessaire ! Aussi, pour nous tous, sans exception, qui avons l'honneur d'appartenir à cette grande administration de l'Assistance publique, le premier, le plus étroit de nos devoirs est de seconder de tous nos efforts l'action de nos médecins pour adoucir à nos malades ce temps d'épreuves.

Dans cette noble tâche, votre rôle, mesdames les surveillantes, n'est ni le moins utile, ni le moins considérable. C'est à vous qu'il appartient d'assurer tout d'abord la stricte exécution des prescriptions médicales, de maintenir dans les salles le bon ordre et la propreté, ce facteur si essentiel dans la guérison, de veiller à ce que tous les malades indistinctement reçoivent toujours et toujours gratuitement tous les soins, tous les services dont ils ont besoin, à vous enfin d'assurer à chacun le libre et plein respect de sa conscience.

Pour apaiser les appréhensions de la famille, pour remplir au double point de vue moral et professionnel le rôle si élevé de la surveillante, il vous faut de doubles qualités : une âme compatissante, largement ouverte à ces sentiments affectueux qui font de vous les remplaçantes de la famille absente et une instruction solide qui vous permette de seconder utilement vos chefs de service. Si vos qualités personnelles suffisent pour que vous accomplissiez au gré de nos désirs la première partie de votre mission, il nous fallait le concours de tous pour vous mettre à même de remplir la seconde. Et c'est parce que le diplôme est l'un des témoignages qui nous garantissent que vous avez acquis ces qualités professionnelles que nous y attachons un si grand prix. Vous ne devez pas regretter les efforts que sa conquête vous a coûtés, et pour ma part, je ne saurais témoigner trop de reconnaissance à ceux qui nous ont permis de vous en mettre en possession, et d'abord au Conseil municipal de Paris qui a mis libéralement à ma disposition les ressources matérielles et l'appui moral qui m'étaient nécessaires et la présence à mes côtés de l'un de ses membres les plus estimés, M. Collin, prouve avec quelle attention il suit vos progrès et les encourage.

Il me faudrait mieux que des paroles pour exprimer les sentiments de reconnaissance qui m'animent pour ces professeurs éminents dont M. le docteur Bourneville a su grouper ici la science et le dévoûment. En s'arrachant à leurs travaux scientifiques, en prenant souvent sur leur repos, ils vous ont mis à même de remplir la délicate mission que la bienfaisance publique va vous confier et, grâce à eux, la laïcisation de nos établissements hospitaliers pourra être bientôt une œuvre achevée.

La lourde responsabilité d'un établissement comme la Pitié n'a pas empêché notre dévoué directeur, M. Pinon, de consacrer tous ses soins au développement de cette école et au cours d'administration dont il est chargé ; je tiens à lui dire aujourd'hui qu'il a su complètement remplir les vues et les désirs de l'Administration et à l'en remercier.

Mais ce tribut d'éloges accordé à chacun, il est un hommage par lequel je termine, c'est celui qui est dû au véritable fondateur de ces Ecoles, à celui dont les soucis de la vie publique, les soins qu'il prodigue aux enfants arriérés et épileptiques de Bicêtre, et tant de travaux scientifiques n'ont pas suffi à absorber l'activité. La laïcisation est notre œuvre commune, mais l'organisation de ces Ecoles est son œuvre propre et les résultats obtenus démontrent que les soins constants qu'il y a apportés ne sont pas le moindre des services que M. le docteur Bourneville a rendus à la République.

Puis M. le docteur Bourneville, après avoir remercié M. le Directeur de l'Assistance publique, fait en ces termes le compte rendu des travaux de l'année :

Mesdames, Messieurs,

Le discours que j'ai à vous faire cette année ne ressemble pas à celui de 1887. Je n'ai point, en effet, comme l'an passé, la tâche pénible de vous défendre contre des attaques imméritées et, à part quelques remarques sur le perfectionnement de l'enseignement et l'amélioration de votre situation, je me bornerai à résumer les travaux de l'année scolaire. — L'*organisation de l'enseignement professionnel* qui est donné dans cette école est d'ailleurs suffisamment connue pour qu'il ne soit pas superflu d'y revenir aujourd'hui.

Les *cours théoriques* ont été faits comme d'habitude, avec le plus grand soin par vos professeurs. M. le Dr Poirier, en raison de ses fonctions d'agrégé et de chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine, s'est vu dans l'obligation de vous quitter et de ne conserver que son cours de la Salpêtrière. Il a été remplacé par M. le Dr Ch. Petit-Vendol, qui a été remplacé lui-même dans pour cours d'anatomie par M. Louis, interne des hôpitaux.

Partisans de la laïcisation et convaincus de la nécessité d'avoir des infirmières instruites, des infirmiers capables, ils se sont acquittés de leur tâche avec le plus grand dévouement, qui leur a mérité les éloges que leur adressait il y a un moment M. le Directeur de l'Assistance publique.

La collection de *Manuels* qui avait été mise jusqu'ici à votre disposition était incomplète. Vous n'aviez aucun livre pour le *cours d'hygiène* et pour le *cours d'administration*. Cette lacune a été comblée. M. Sollier, professeur à l'Ecole municipale d'infirmiers et d'infirmières de Bicêtre a composé sur nos indications un *Manuel d'hygiène*, très clair, très précis et conforme en tous points au programme de l'enseignement des trois Ecoles. M. Pinon, votre directeur et en même temps votre professeur, a fait pour vous un excellent *Manuel d'administration*, inspiré d'un véritable esprit laïque et républicain, destiné à bien vous faire comprendre l'organisation de l'Assistance publique de Paris et à vous enseigner tout ce qui, dans l'Administration, doit vous être plus particulièrement familier. Vous avez donc entre les mains tous les éléments nécessaires pour vous mettre en mesure de bien profiter des leçons de vos maîtres.

L'*enseignement pratique* vous a été donné comme les années précédentes avec beaucoup de zèle et d'intelligence par Mmes Graby et Boissière, surveillantes, dans les salles de médecine et de chirurgie. Nous considérons comme un devoir de remercier publiquement M. le Directeur de l'Assistance publique d'avoir bien voulu élever au grade de surveillante, Mme Boissière, qui participe à cet enseignement depuis trois années. Nous remercions également Mme Denoyé qui s'acquitte avec soin des exercices pratiques relatifs aux femmes en couches et aux enfants nouveau-nés (1). Nous devons enfin un témoignage de satisfaction à M. Yves et à Mme Garrizey qui vous apprennent à préparer les bains et à administrer les douches (2) ; à M. Jobert et à Mme Godeau, qui vous ont appris à poser les ventouses.

Les 19 *compositions* que vous avez faites (3) et les *examens pratiques* d'avril et de juillet, qui ont pris 14 heures ont permis à vos professeurs et à nous de nous rendre un compte exact des bénéfices que vous avez tirés de l'enseignement de cette école. Les *examens pratiques* ont été subis : en avril.

(1) 19 séances d'exercices du 20 mars au 29 mai.

(2) 10 séances pour les infirmiers et 10 pour les infirmières.

(3) Maximum des composants et composantes, 121, minimum, 84.

par une sous-surveillante, deux suppléantes, treize boursières, dix infirmières, trois infirmiers, neuf élèves externes, infirmières dans d'autres hôpitaux, neuf élèves externes libres; total, 48.— En juillet, par une sous-surveillante, onze suppléantes, dix boursières, dix-neuf infirmières de la Pitié, huit infirmiers, vingt-huit infirmières des autres hôpitaux, quinze élèves externes libres; total. 92.

Les résultats obtenus ont été très bons. En effet, nous allons pouvoir dans un instant vous distribuer 79 *diplômes* qui se répartissent ainsi: 1 sous-surveillante; — 11 suppléantes; — 9 boursières; — 17 infirmières; — 5 infirmiers; — 23 élèves ou infirmières des différents établissements dont 1 sous-surveillant, 12 infirmiers, dont un élève libre, soit 78. Si l'on ajoute les 79 diplômes de cette année aux 136 diplômes décernés les cinq années précédentes, on arrive pour l'Ecole de la Pitié, au chiffre total de 214.

Tous les diplômés ont rempli d'une manière complète les conditions exigées par l'Administration. Outre les compositions régulières, avec l'avis des professeurs, nous avons fait faire, ici et dans les deux autres écoles. des *compositions complémentaires* à quelques élèves auxquelles il ne manquait le minimum exigé que pour une ou deux des branches de l'enseignement. Quelques-unes ont réussi; d'autres ont échoué et nous le regrettons; mais il ne nous était pas possible de recommencer indéfiniment ces compositions complémentaires. La besogne imposée aux professeurs pour les *cours*, les *examens* et surtout la *correction des compositions* est déjà si lourde que je ne puis l'accroître sans cesse. Ces élèves, d'ailleurs, touchent presque au but: il ne faut pas qu'elles se découragent et la plupart sinon toutes, auront droit aux diplômes à la fin de l'année, c'est-à-dire lorsqu'elles auront suivi les cours et fait les compsitions du premier trimestre de la prochaine année scolaire. Notons en passant que parmi les élèves de la Pitié qui ont obtenu le diplôme d'infirmier, il y a un bachelier ès sciences et dix élèves munies du certificat d'études.

Les succès obtenus à la Pitié sont dus principalement à l'activité et au dévouement complet du directeur de l'hôpital à l'enseignement de l'école, et c'est parce qu'il veille à la stricte exécution des ordres donnés par M. Peyron, relativement à la fréquentation obligatoire des cours par toutes les infirmières. Sur 38 infirmières, 17 sont diplômées cette année. Nous voudrions voir l'obligation s'étendre aux infirmiers afin d'avoir chaque année une vingtaine d'entre eux à envoyer dans les autres établissements avec une instruction professionnelle complète. Si cette obligation était également imposée à Bicêtre, où 110 infirmiers seulement sur 220 suivent les cours, dans quelques années le niveau intellectuel des infirmiers serait relevé dans la plus grande partie des établissements hospitaliers de Paris.

De même que pour Bicêtre, nous devons signaler d'une façon toute particulière à l'attention de M. le directeur de l'Assistance publique les infirmiers de la Pitié qui ont obtenu leur diplôme. Il ne faut pas que des protégés du dehors viennent sans titres, sans années de service, prendre la place qui revient de droit à ceux qui ont déjà soigné des malades pendant de longues années et ont tenu compte des conseils qui leur étaient donnés par l'Administration elle-même, en s'astreignant à suivre les cours professionnels. Le jour où l'Administration se conformera absolument aux promesses faites de ne donner de l'avancement qu'aux infirmiers et aux infirmières qui auront conquis leur diplôme, elle se débarrassera de pressions extérieures déplorables, qui introduisent dans les hôpitaux des non-valeurs et sont une source de désagrements pour elle. Rien n'est plus simple que de dire aux protecteurs: Faites suivre les cours d'infirmiers et d'infirmières à vos protégés; si au bout de quelques semaines d'essai elles se reconnaissent aptes à exercer la profession hospitalière, nous les prendrons comme boursières ou comme infirmières, et à la fin de l'année, si elles ont leur diplôme, nous tiendrons compte de votre recommandation et nous leur donnerons l'avancement qu'elles auront mérité.

Nous avons ici un nombre assez considérable d'*élèves externes*. 43 ont pris part aux examens pratiques, 36 ont obtenu leur diplôme. Ces *élèves externes* se divisent en deux catégories. La première comprend les *infirmières appartenant à divers hôpitaux* (1); la seconde des élèves libres. Nous retrouverons également ces deux catégories d'élèves externes, mais en moins grand nombre, à la Salpêtrière. C'est parce qu'elles sont ici en majorité, que je crois devoir rappeler des remarques que j'ai déjà faites à leur sujet. Chaque fois qu'il se fait une mutation, chaque fois qu'il y a un départ d'infirmière dans l'un des trois établissements-écoles, la place devrait être donnée à l'une de ces infirmières courageuses qui prennent la peine, après une journée d'un rude labeur, de venir de Lariboisière, de Necker, des Enfants-Malades, etc., suivre les cours soit à la Pitié, soit à la Salpêtrière. On devrait envoyer à la Pitié toutes celles qui ont une instruction primaire convenable; à Bicêtre et à la Salpêtrière, celles dont l'instruction primaire est insuffisante. Elles seraient rendues à la fin de l'année, après l'obtemption du diplôme et avec une instruction primaire et professionnelle convenables, à leur ancien hôpital. Si j'insiste, c'est que je vois ailleurs le *recrutement* continuer à se faire parmi des femmes absolument illettrées, comme si on les choisissait à dessein, dans un but que chacun peut deviner.

Les *élèves externes libres* se composent de personnes qui veulent entrer dans les hôpitaux ou exercer la profession de garde-malades en ville, ou encore de celles qui désirent apprendre pour elles-mêmes et pour leur famille à soigner intelligemment les malades. Le nombre de ces dernières est malheureusement peu considérable. La nécessité de cet enseignement n'est pas sentie chez nous, comme elle l'est en Angleterre où un grand nombre de jeunes filles ou de mères de famille s'empressent de participer aux leçons et aux exercices qui se font dans les Ecoles d'infirmières annexées à un grand nombre d'hopitaux.

Nous devons regretter aussi que les *garde-malades de la ville* n'aient pas encore une idée exacte des avantages qu'elles retireraient d'une fréquentation assidue des Ecoles d'infirmières de la Pitié et de la Salpêtrière. Malgré ce qui a été fait dans les *Ecoles municipales*, à l'*Ecole de garde-malades* de la *Société de médecine pratique* et à l'*Union des femmes de France*, les garde-malades, en général, ne possèdent pas les connaissances et l'expérience indispensables pour bien exercer leur profession. Il y va cependant de leur intérêt. Ce n'est, en effet, que lorsqu'elles auront plus d'instruction professionnelle, plus d'habileté, plus de tenue et moins de préjugés, qu'elles pourront parvenir à se substituer en ville aux religieuses.

Nous rappellerons à celles qui nous écoutent que l'Administration a établi, ici même, un *Registre* sur lequel elles peuvent se faire inscrire, et nous dirons à toutes les personnes présentes qu'elles peuvent, en cas de besoin, venir chercher à la *Pitié* des garde-malades.

Nous insisterons encore sur l'utilité qu'il nous semble y avoir à autoriser les *élèves libres diplômées* à suivre, le matin, les visites des chefs de service, médecins et chirurgiens, c'est-à-dire à leur accorder, à elles, élèves des Ecoles municipales, ce que l'on accorde sans difficulté aux élèves de l'Union des femmes de France.

Pour en finir avec ce qui regarde les élèves externes, nous dirons encore que les cours des Ecoles d'infirmières sont publics et gratuits, partant accessibles à tout le monde; que l'Administration accorde les diplômes sur la proposition des professeurs, lorsque les élèves ont rempli toutes les conditions voulues, et qu'elle ne leur demande que de se tenir convenablement aux cours. Il va de soi que toute élève externe qui oublierait qu'elle est dans un hôpital, où tout doit être calme et décent, devrait être renvoyée, de même que toute élève infirmière, en pareille circonstance, doit être sévèrement punie.

J'ai pour habitude, vous le savez, de profiter plus spécialement des séances de distribution des prix pour indiquer les améliorations réalisées ou à réaliser, soit au point de vue de votre situation matérielle, soit au point de vue primaire et professionnel. Je ne manquerai pas plus cette année, que les précédentes, à ce que je considère comme un devoir.

(1) Enfants-Assistés, Enfants-Malades, Laennec, Lariboisière, Lourcine, Necker, Pascal, Saint-Antoine.

Un mot d'abord de la *nourriture* des infirmiers et des infirmières. D'une façon générale, elle n'est pas ce qu'elle devrait être. Dans beaucoup d'hôpitaux, on vous donne trop souvent la même viande, du bœuf. C'est ainsi que je trouve dans un établissement, pour quatorze repas, onze fois du bœuf, et le vendredi, pour les deux principaux repas, du poisson et du fromage à midi ; du macaroni et du fromage le soir. Cette nourriture nous semble insuffisante pour des personnes qui ont une besogne aussi dure que la vôtre. Je suis surpris aussi qu'on persiste, malgré les votes du Conseil municipal, à maintenir le maigre du vendredi.

Personne n'a jamais demandé l'exclusion des aliments réputés maigres ; mais on a protesté contre l'obligation de cette pratique et contre les deux repas maigres faits le même jour. En ce qui vous concerne personnellement à la Pitié, je suis heureux de reconnaître que votre alimentation a été sérieusement améliorée. Le premier déjeuner, celui de 6 h. 1/2, ne consiste plus en une simple soupe, comme dans d'autres établissements, mais en une soupe et un dessert, fromage ou fruits. Sur les quatorze autres repas, le bœuf ne figure plus que pour sept fois. Nous insistons de nouveau auprès de M. Peyron pour qu'il veuille bien prendre notre vœu en considération.

Relativement au *logement*, j'estime toujours que la réforme doit être poursuivie le plus rapidement possible en prenant pour objectif de donner des chambres particulières à tous les infirmiers, à toutes les infirmières et à pourvoir ces chambres du mobilier et des objets de toilette indispensables.

Plusieurs élèves diplômées de la Pitié ont eu de l'*avancement* : 6 boursières et une infirmière ont été nommées suppléantes; un infirmier a été nommé premier infirmier et une infirmière première infirmière. Sur les notes qui me sont communiquées, on se sert encore des mots *filles* et *garçons* et sur le budget, nous voyons toujours inscrits les mots *serviteurs* et *servantes*. Nous demandons à M. Peyron de vouloir bien faire remplacer à l'avenir ces mots par ceux d'*infirmier* et d'*infirmière*. Trois élèves de cette école ont été nommées avec avancement, une à l'hôpital *laïque* de Saint-Denis, une autre à l'hôpital *laïque* de Marines, sur la proposition également de M. Peyron.

D'autres marques de sympathie nous sont données par toutes les personnes généreuses qui contribuent à augmenter les *récompenses* qui nous sont attribuées par le Conseil municipal. Il est de mon devoir de vous rappeler leurs noms : ce sont Mme Charles, M. le professeur Brouardel, MM. les internes en pharmacie de la Pitié, M. Yvon, M. le Dr Peyron, directeur de l'Assistance publique. Je les remercie tous en votre nom.

Je serais incomplet, si je ne vous parlais pas enfin, de ce qui a été fait au point de vue de la *laïcisation*.

[M. Bourneville donne ici des renseignements sur ce qui a été fait depuis 1878, et spécialement en 1887-88, au sujet de la laïcisation qu'on trouvera dans le discours qu'il a prononcé à la Salpêtrière].

. . . .

Nous approchons donc du terme de cette réforme, et, lorsqu'elle sera terminée, l'Ecole de la Pitié devra être modifiée et rendue à sa véritable destination, celle d'une *Ecole de perfectionnement*. Le programme de l'Enseignement devra compléter celui qui est donné à Bicêtre et à la Salpêtrière et les élèves diplômées de ces deux écoles devront y venir passer successivement quelques mois. Les autres devront rester dans les deux écoles, afin de compléter leur instruction primaire. Il faut en effet, que d'année en année, le niveau des connaissances primaires et professionnelles s'élève dans le personnel secondaire des hôpitaux. A côté de diplômées qui ont une bonne instruction primaire, il en est d'autres qui ne la possèdent qu'à un médiocre degré. A celles-là, je dois conseiller vivement, si elles vont dans un hôpital où il existe un enseignement primaire, de s'empresser d'en profiter.

N'oubliez pas, mesdames, que vous devez vous montrer supérieures en tout aux religieuses hospitalières. Veillez à ce que la paix règne entre vous. Soutenez-vous, encouragez-vous les unes les autres, montrez-vous toujours bienveillantes et compatissants envers les malades ; soyez ménagères du bien des pauvres et ne le considérez pas, à l'instar des religieuses, comme étant votre propriété. Obéissez scrupuleusement aux prescriptions de vos chefs de service et aux ordres de l'Administration. En agissant ainsi, vous recueillerez les éloges de tous et vous vous montrerez les dignes servantes de la République.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 26 août 1888 au samedi 1er sept. 1888, les naissances ont été au nombre de 1162, se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 417 ; illégitimes, 176. Total, 593. — *Sexe féminin :* légitimes, 428 ; illégitimes, 141. Total, 569.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 26 août 1888 au samedi 1er sept. 1888, les décès ont été au nombre de 910, savoir : 480 hommes et 430 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 8, F. 9. T.17. — Variole : M 1, F. 1, T. 2. — Rougeole : M. 6, F. 8. T. 14. — Scarlatine : M. 0, F. 1, T. 1. — Coqueluche : M. 2, F. 2. T. 4. — Diphthérie, Croup : M. 7, F. 7, T. 14. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 100, F. 73. T. 173. — Autres tuberculoses : M. 10, F. 26. T. 36. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 3. T. 3. — Tumeurs malignes : M. 10, F. 26. T. 36. — Méningite simple : M. 10, F. 11, T. 21. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 28, F. 11. T. 21. — Paralysie : M. 2, F. 2 T. 4. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 1. T. 4. — Maladies organiques du cœur : M. 13, F. 18. T. 31. — Bronchite aiguë : M. 5, F. 11 T. 16. — Bronchite chronique. M. 11, F. 13. T. 24. — Broncho-Pneumonie : M. 6, F. 8. T. 14. — Pneumonie : M. 6. F. 13. T. 19. — Gastro-entérite, biberon : M. 68, F. 63. T. 131. — Gastro-entérite, sein : M 31, F. 20. T. 51 — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 3, F. 1. T. 4. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2. T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0. T. 0. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 7. F. 7, T. 14. — Sénilité : M. 9, F. 11. T 20. — Suicides : M. 11, F. 0, T. 11. — Autres morts violentes : M. 12. F. 2. T. 14. — Autres causes de mort : M. 77. F. 67. T. 144. — Causes restées inconnues : M. 3, F. 5, T. 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 82, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 29, illégitimes, 12. Total : 42. — *Sexe féminin :* légitimes, 28; illégitimes, 12. Total : 40.

DISPENSAIRE DE LA RUE TRUFFAULT. — Le 1er septembre a été inauguré le nouveau dispensaire laïque sis au n° 7 de la rue Truffault (XVIIe arrondissement). Nous félicitons la municipalité de cette fondation qui est destinée à rendre les plus grands services, non-seulement au XVIIe, mais encore aux arrondissements populeux de cette région.

INAUGURATION DE L'HOSPICE FERRARI. — Jeudi dernier, 29 août, a eu lieu à Clamart l'inauguration de l'*Hospice Ferrari* dû à la charité de Mme la duchesse de Galliera. L'hospice Ferrari, qui est destiné à recevoir cent vieillards, cinquante veuves et cinquante veufs soigneusement choisis parmi les déshérités les plus dignes d'intérêt, Mme de Galliera est la créatrice de deux autres œuvres : l'orphelinat de Fleury, où seront logés, nourris et instruits trois cent cinquante orphelins, et un asile qui servira de refuge à cent vieux instituteurs congréganistes. Ces deux derniers établissements sont situés sur le territoire de Meudon, aux confins de notre commune. Une délégation du Conseil municipal de Clamart assistait à l'inauguration de l'établissement.

NÉCROLOGIE. — M. H. BAILY, paléontologiste du *Geological Saroly* d'Islande. — Dr Sosthène DIEU, pharmacien principal de 1re classe en retraite, directeur de la santé à Dunkerque, décédé le 13 août, à l'age de 82 ans. — Dr DECARPENTRIES, de Croix (Nord). — Dr CARLE (d'Auterive, Haute-Garonne).

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VIII. N° 37 BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 15 SEPTEMBRE 1888.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE EXTERNE

La suture perdue, continue à étages superposés, au catgut ; son emploi en gynécologie ;

Par le Dr S. POZZI, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Lourcine-Pascal (1).

Il y a près de deux ans que je fais un usage fréquent de la suture perdue et continue à étages superposés au catgut, et je l'ai recommandée à la Société de chirurgie (2), comme moyen d'occlusion parfait pour la plaie abdominale après la laparotomie. Je l'ai, en outre, employée avec un plein succès dans cinq cas de colpopérinéorrhaphie, deux de cure radicale de hernie (dont l'une compliquée d'une large excision des bourses pour varicocèle) et deux cas de rupture complète du périnée. Je crois inutile de rapporter ici ces observations en détail, et je préfère donner quelques développements à certains points de technique qui me paraissent essentiels et peu connus de beaucoup de chirurgiens.

La suture perdue à *points séparés* est plus répandue ; pourtant, je considère comme très supérieure la *suture continue* en surjet, à plans superposés. Elle s'exécute incomparablement plus vite et a l'avantage de ne pas laisser de nœuds au fond de la plaie.

Deux ou trois étages de suture, en surjet ou du pelletier, suffisent pour amener l'affrontement progressif, facile, égal et complet, de plaies très profondes ou très larges, qui à *priori* paraissaient devoir demander pour

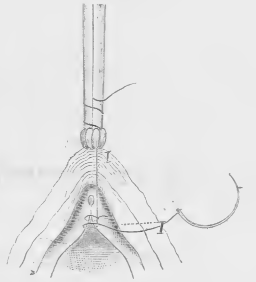


Fig. 16. — Suture continue au début.

leur réunion un très grand effort. En effet, la multiplicité des points de suture diminue d'autant la force de traction nécessaire pour chacun d'eux. Enfin, comme on procède toujours du fond à la superficie, il est facile de ne pas laisser de parties béantes (*espaces morts* de Mikulicz) et d'assurer la réunion intégrale.

(1) Communication faite au *Congrès français de chirurgie*.
(2) S. Pozzi. *Pyosalpingite double*, etc. (*Bull. Soc. de Chirurgie*, p. 576, 19 octobre 1887).

Comme *moyen de réunion*, la suture continue à plans superposés est donc excellente. Elle rend aussi de très grands services comme *moyen d'hémostase.* Je m'en suis servi souvent dans le cours d'ovariotomies, de salpingotomies, d'hystérectomies, pour arrêter le suintement de surfaces divisées, et en particulier de la tranche des ligaments larges ou des parties latérales de l'utérus, après extirpation de tumeurs intra-ligamenteuses.

Dans deux opérations de kyste inclus dans le ligament large, notamment, où la partie latérale de l'utérus donnait beaucoup de sang, j'aurais dû sûrement à l'exemple de Tauffer (1) et de bien d'autres chirurgiens pratiquer l'hystérectomie pour obtenir l'hémostase si je n'avais eu à ma disposition le surjet de catgut avec lequel je me suis rendu maître de l'hémorrhagie.

Quelques mots maintenant sur l'historique et sur la technique :

HISTORIQUE. — La *suture perdue à points séparés au catgut* dans la périnéorrhaphie est de date assez ancienne (1879) et a pour auteur Werth (2). Elle fut aussitôt et pendant longtemps adoptée à la clinique de Schröder (3).

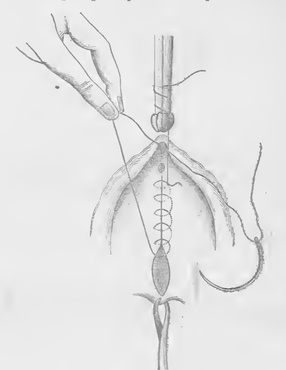


Fig. 17. — Suture continue presque achevée.

M. le Pr J. Reverdin (de Genève) a fait sur ce sujet une intéressante communication au Congrès français de chirurgie (mars 1888). Quant à la *suture continue*, elle était presque abandonnée lorsque Tillmanns (4),

(1) Tauffer a pratiqué trois fois l'ablation de l'utérus dans ces circonstances pendant le cours d'ovariotomies. Voir G. A. DIRNER *Zur Frage der Stielversorgung, etc.* (*Centralblatt für Gynäk.* 1887, n° 8)
(2) Werth (*Centralblatt f. Gynäk.* 1879, n° 23).
(3) Hofmeier (*Berlin. klin. Wochench.*, 1884, n° 1).
(4) Tillmanns *Centralblatt f. Chirurgie.*, 1882, n° 37.

Bako (1) et Hagedorn (2) tentèrent de la réhabiliter pour la réunion des plaies en général. Un plaidoyer convaincu en faveur des sutures continuels stratifiées, en particulier dans les amputations, a été publié en Italie, par G. Cavazzani (3).

La première application méthodique aux opérations plastiques en gynécologie paraît avoir été faite par Broese (4). Sur 26 cas de déchirures périnéales incomplètes qu'il a traitées par la suture continue à plans superposés, il n'a eu que deux insuccès et un demi-succès; il n'avait pas encore eu l'occasion d'appliquer ce procédé à une déchirure complète, mais il ne doutait pas qu'il ne fût préférable même alors aux sutures à la soie.

Ce mode de suture, fut, à partir de ce moment-là, adopté à la *Frauenklinik* de Berlin et Schröder (5) en

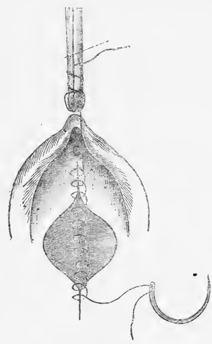


Fig. 18. — Suture continue à deux étages.

obtint de très beaux résultats qu'il publia en juin 1885 à la Société gynécologique de Berlin (24 malades guéris après une seule périnéorrhaphie, une malade après deux opérations, plusieurs colporrhapies). A cette occasion, Odebrecht mentionna plusieurs succès de Hofmeier: datant d'une année, et Veit donna sa statistique; 7 périnéorrhapie avec un seul insuccès, 30 opérations pour prolapsus et 2 pour fistules vésico-vaginales, suivies de succès. Küster (6), la même année, publiait son important mémoire sur la suture perdue dans les opérations plastiques et l'appliquait notamment à la cure radicale des hernies (7). En 1885, H. Keller (de Berne) fit connaître 40 succès sur 42 opérations pratiquées de la sorte pour la réunion immédiate de ruptures incomplètes du périnée. Panck (1), plus récemment, a pris la suture continue et perdue au catgut pour sujet de thèse inaugurale et a publié de nombreux succès de colporrhaphies exécutées par Veit. Il indique aussi le parti qu'on peut en tirer pour les fistules vésico-vaginales.

Enfin M. Schröder et A. Martin ont consacré définitivement, l'usage de la suture continue à plans superposés au catgut, dans leur enseignement et dans leurs traités classiques. .

Martin a, en outre, décrit le procédé dans un fort intéressant article (2), auquel j'emprunte ces figures explicatives. Du mois de septembre 1885 au mois de juin 1887, il n'a pas pratiqué ainsi moins de 21 opérations périnéoplastiques (ruptures du périnée incomplètes) 8 rectoplasies (ruptures du périnée complètes), 58 opérations

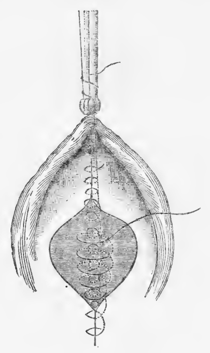


Fig. 19. — Suture perdue à trois étages.

pour le prolapsus (colporrhaphie antérieure et postérieure), soit en tout 87 opérations plastiques, sans compter un grand kyste allant du cul-de-sac vaginal à la surface externe du col, qui fut extirpé et dont le *lit* fut immédiatement réuni par la suture continue.

Il faut citer en France un excellent article de M. Doléris (3) sur la suture continue, en surjet ou en spirale avec des fils de catgut résorbales, pour la périnéorrhaphie immédiatement après l'accouchement, et un autre de M. Vulliet (4) sur la suture perdue dans l'opération de la fistule vésico-vaginale; il se sert de soie désinfectée à l'iodol.

Technique. — Le choix du catgut a une importance extrême; Schröder et Martin ont adopté le catgut à l'essence de bois de genévrier proposé par Schede et Küster, qui réunit de nombreux avantages : asepsie complète, flexibilité, résistance à la traction, persistance durant huit ou huit neuf jours avant d'être dissous et

(1) Bakó. *Ibidem*, n° 44.
(2) *Ibid.*
(3) G. Cavazzani. *Sutures continues stratifiées* (*Lo Sperimentale*, décembre 1886).
(4) Broese (assistant à la Clinique gyn. de Berlin). *Die fortlaufende Katgutnaht zur Vereinigung der Scheidendammrisse* (*Centralbl. f. Gynäk.*, 1883, p. 777, et *Centralbl. f. Chir.*, 1884, p. 200.)
(5) Schröder. Gesellschaft f. Geb. und Gyn. zu Berlin, 13 juin 1885 (*Centr. für Gyn.*, 1885, p. 459).
(6) Küster. *Ueber die Anwendung versenkter Nähte, inbesondere bei plastichen Operationen* (*V. Langenbeck's Arch.*, Bd. XXXI, Hft. 1).
(7) H. Keller. Die fort. Catgutnaht bei Scheidendammrissen (*Archiv. f. gynäk.*, B. XXVI, p. 283).

(1) Panek. Die Anwendung den fortlaufenden versenkten Katgutnaht in der Gynäk. Dissertation inaugurale. Berlin 1886.
(2) A. Martin. *Juniper-Catgut, its in use gynecological operations* (*American journal of obstetrics*, octobre 1887).
(3) Doléris. *Société obstétricale*, Paris, janvier 1885 (*Archives de Tocologie* 1885), voir aussi Brissay, *Fragments de chir. et de gyn. oper., Paris* 1887, p. 121.
(4) Vulliet. *Nouvelles Archives d'obstétr. et de gynéc.* Novembre 1887, page 512).

résorbé. Je l'ai moi-même adopté exclusivement depuis plus d'un an.

Voici comment je le prépare (1) : j'enroule le catgut

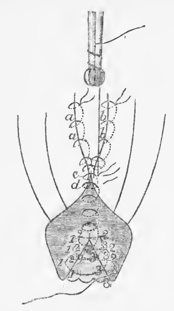


Fig. 20. — Suture perdue à plans superposés, dans une opération de déchirure complète du périnée (procédé de A. Chartier). — *a. a.* Suture des avivements latéraux ; *c.* Suture de soutien à la soie ; *d.* Point de départ de la suture continue profonde ; 1-1, 2-2, 3-3, trajet des sutures.

sur des lames de verre, et je laisse immerger toute une journée dans la solution de sublimé au 1/1000. On retire ensuite ces rouleaux, on les sèche doucement dans du coton hydrophile, puis on les plonge dans l'essence de bois de genévrier (*oleum ligni junipieri*) durant huit jours. On les met alors, sans les essuyer, dans l'alcool absolu où ils sont conservés indéfiniment. Au moment de s'en servir, on doit placer quelques instants (dix minutes au plus) le catgut dans la solution aqueuse de sublimé à 1/1000. Cela le gonfle et le ramollit un peu, mais lui donne une très grande souplesse. Il est bon d'avoir à sa disposition du catgut de deux grosseurs différentes, moyen et fin.

On doit être prévenu que les doubles nœuds du catgut se défont avec une assez grande facilité ; il est donc nécessaire de superposer trois nœuds. La force employée pour nouer le catgut est aussi bien plus grande que pour la soie, et lorsqu'on a fait plusieurs opérations de suite en nouant du catgut, les doigts sont généralement fendillés et meurtris. Mais ce sont des inconvénients négligeables, eu égard à l'importance des services rendus.

Suture continue simple. — Elle suffit toutes les fois que la surface à affronter n'est ni trop large ni trop profonde ; elle s'emploie aussi pour l'hémostase, comme je l'ai dit plus haut. On commence par passer l'aiguille à travers un angle de la plaie, et à nouer par trois nœuds superposés l'extrémité terminale de l'aiguillée du catgut, dont on laisse pendre un bout assez court. Ce bout est pris dans les mors d'une pince (sur la figure, c'est une pince de Baumgaertner, destinée à faciliter la traction sur les fils dans les ligatures profondes) ; un aide la maintient et elle sert de point d'appui pour la continuation de la suture (*fig.* 16). On pique alors l'aiguille à deux ou trois millimètres du bord de la plaie, puis on la fait cheminer sous toute la surface de celle-ci et ressortir en un point symétrique sur l'autre bord de la plaie ; on tire le fil modérément, et on confie à l'aide qui tenait déjà la pince le soin de le maintenir tendu pendant qu'on fait le second point de la suture continue : il faut qu'il ait soin de ne pas lâcher brusquement le fil quand ce second point doit être serré, mais qu'il le suive en le maintenant jusqu'au ras de la plaie, pour éviter que le point précédent ne se relâche. Il est bon, lorsqu'on arrive à moitié de la suture, de faire opérer une légère traction sur l'angle opposé de la plaie avec une pince tire-balle, de manière à assurer le parallélisme des bords (*fig.* 17).

Une précaution utile pour éviter que le fil ne glisse incessamment hors du chas de l'aiguille est de l'y fixer par un nœud simple.

Suture continue à étages. — Si un seul rang de points de sutures est manifestement insuffisant pour effectuer un affrontement complet, toute la surface cruentée ne pouvant pas être *chargée* sur l'aiguille, on fera la suture à étages. Pour cela, dans le point où la plaie offre une largeur exagérée, au lieu de piquer avec l'aiguille *en dehors* des bords de la plaie, on piquera *en dedans* de ces bords sur la surface cruentée, à un ou deux centimètres s'il est nécessaire, calculant toujours cette distance d'après l'étendue de la surface de la plaie sous laquelle on pourra faire cheminer l'aiguille, dans la profondeur. Dès que l'on a ainsi suffisamment diminué la partie la plus large de la plaie, on recommence à piquer l'aiguille sur la peau et on termine l'occlusion de la plaie par un surjet superficiel, d'abord direct, puis rétrograde (*fig.* 18).

On peut avoir à placer ainsi trois étages superposés. Il ne faut jamais serrer avec excès ni trop rapprocher les points (*fig.* 19).

Arrêt de la suture. — Pour terminer et arrêter la suture en surjet, on peut se trouver en présence de deux circonstances : si l'on a ramené, par un second étage complet, l'extrémité terminale du fil près de l'extrémité originelle, on n'a qu'à les nouer trois fois ; dans le cas contraire, on noue l'extrémité du fil au dernier point du surjet suffisamment étiré pour qu'on ait une anse assez longue, ou bien on attire le fil dans le chas de l'aiguille assez pour que l'extrémité terminale se trouve engagée double dans la dernière piqûre ; c'est à cette anse que l'extrémité du fil est nouée (*fig.* 21).

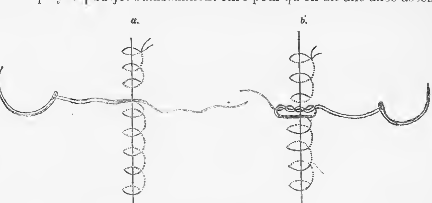


Fig. 21. — Suture continue à étages superposés, nœud terminal.

Consolidation de la suture. — Si l'on a coupé par accident le fil de la rangée profonde en cousant l'étage superficiel, ou si le fil s'est cassé, on place immédiate

(1) S. Pozzi. *De l'antisepsie en gynécologie* (*Progrès médical*, janvier 1888).

[illegible] *[illegible] séparé* suffisamment profond au niveau [illegible], on le noue et on continue avec lui la suture commencée.

Enfin, je ne saurais trop recommander de placer dans les points qui doivent supporter une forte traction, particulièrement ceux où la suture change de direction et où existe une sorte de *clef de voûte*, un ou deux points de suture [illegible], en soie ou en fil d'argent. Ce sont de véritables *sutures de soutien* qui empêchent un trop grand effort de s'exercer sur l'affrontement au catgut [illegible]. Dans la [illegible] j'en place deux, une à chaque extrémité du périnée, l'antérieure embrassant la fin de la cloison recto-vaginale reconstituée, au niveau de la fourchette, la postérieure réunissant en avant de l'orifice anal les extrémités du sphincter. — Dans la [illegible] j'en mets une seule au niveau de la fourchette.

THÉRAPEUTIQUE

Les syphilides secondaires de la bouche traitées par les injections mercurielles (champs phlegmasiques dans la pratique de ces injections ;

Par [illegible] ROGOLIMOS, professeur agrégé des maladies vénériennes et cutanées à l'Université d'Athènes.

Parmi les manifestations secondaires de la vérole, les lésions de la bouche sont des plus fréquentes et constituent évidemment des foyers [illegible] dangereux au point de vue de la contagion. Pour ces lésions, d'après l'opinion [illegible] soutenue, la médication locale joue un rôle assez important, et même prépondérant, sur le traitement général : « *Les syphilides secondaires de la bouche cèdent bien moins facilement à un traitement général [illegible], qu'au traitement local le plus simple*, dit M. Fournier. *Si vous en attendiez la guérison du mercure seul, vous pourriez l'attendre en vain pendant plusieurs mois*, ajoute le même auteur. [illegible] *médication topique* [illegible] *quelques jours... Aussi est-ce à la médication topique qu'il faut s'adresser dans tous les cas* [illegible] *de ces lésions*, etc. » [illegible] publication [illegible] *Les plaques muqueuses de la* [illegible] *de l'isthme du gosier*, [illegible] *pl*[illegible] *de* [illegible] *proto-iodure* [illegible], [illegible] *constitu*[illegible] *etc., etc.* »

[illegible] j'ai suivi avec persévérance ces [illegible] même [illegible] traitement local [illegible] par l'estomac ou par les frictions [illegible] injections sous-cutanées de mercure, ces manifestations disparaissaient rapidement, [illegible] la guérison rapide [illegible]. Mais, il y a quelque temps, dans le but d'isoler l'action du traitement par les injections, j'ai supprimé, dans un grand nombre de [illegible] les syphilides [illegible] de la bouche. [illegible] cette suppression de toute médication locale, la guérison est [illegible] de mes observations. [illegible] plus réfractaires à des médications [illegible], au bout de quinze jusqu'à vingt à peu près injections mercurielles. J'ai observé, d'ailleurs, des cas dans lesquels, après trois jusqu'à cinq injections, avaient disparu des plaques muqueuses de la bouche, persistant plusieurs mois, malgré l'usage des moyens locaux les plus appropriés, accompagnés de l'administration du mercure par l'estomac ou par les frictions.

Si mes recherches cliniques ne m'autorisaient que d'avancer seulement que le traitement constitutionnel opéré par les injections égale à la médication topique qu'on recommande, il serait certainement bien inutile de tâcher de la substituer, mais elles ne sont nullement justiciables d'être expliquées de la sorte, ainsi qu'on peut s'en assurer, de l'exposé comparatif des faits qui suivent :

De 253 cas (plaques de l'isthme du gosier, papules et fissures du dos, de la langue, érosions des joues et des lèvres, plaques de la base de la langue), que j'avais traitées avant l'isolement du traitement constitutionnel, dans 18 cas, malgré la médication topique accompagnée du traitement antisyphilitique, par la voie stomacale, et, dans quelques cas, par les frictions, les lésions avaient duré, en repullulant sans cesse ou bien persistant dans un état atonique, en dépit des cautérisations de cinq mois jusqu'à deux ans. Dans les 87 cas, elles n'avaient entièrement disparu avant le troisième mois ; dans les 92 cas, elles avaient duré deux mois à peu près. Dans 47 cas, elles n'avaient guéri qu'au bout de 30-40 jours, et, dans 9 cas seulement, ces manifestations avaient disparu dans la seconde semaine après leur apparition.

De l'autre côté, de 216 cas de syphilides buccales, où j'ai tâché d'isoler l'action de la méthode hypodermique. Dans 103 cas (dont 64 avaient trait à des plaques de l'isthme du gosier avec ou sans autres lésions buccales), la disparition complète de syphilides survint sans aucune médication locale vers les quinze premières injections ; dans 78 cas la guérison complète, sans moyens topiques, s'effectua au bout de vingt injections à peu près et dans 35 cas seulement (dont 26 cas de fissures du dos de la langue et de papules hypertrophiques des lèvres et du dos de la langue), la guérison des syphilides se faisait attendre après 25 injections, c'est-à-dire après 25 jours, les injections se faisant dans tous les cas tous les jours, sauf de très rares exceptions ; dans ces 35 cas, j'ai eu recours à l'usage simultané de la médication topique et la guérison s'effectua aussi au bout de très peu de jours après cette combinaison du traitement.

De l'examen comparatif des faits traités par des moyens locaux associés à l'usage du mercure par la voie stomacale ou par les frictions en rapport avec les faits traités par les injections seules, je me crois autorisé de penser que le mode d'administration du mercure n'est pas indifférent dans le traitement des syphilides en question. En effet, le mercure par la voie hypodermique peut à lui seul dans la grande majorité des cas faire rapidement disparaître les syphilides buccales, ce qu'on attendrait en vain dans beaucoup de cas pendant des mois avec la médication topique associée à l'administration du mercure par la voie stomacale ou par les frictions. Cependant ayant essayé de démontrer par l'isolement du traitement constitutionnel que les syphilides buccales guérissent dans la grande majorité des cas sans médication locale, je ne conseillerais pas à tout cas qui se présente de ne pas se servir en même temps que les injections mercurielles des moyens locaux dans le but de faire enrayer le plus tot possible des foyers de contagion et de gene.

Avant d'aborder la seconde partie de ce travail, je

pense pouvoir ajouter que l'effet remarquablement favorable obtenu par les injections mercurielles dans le traitement des syphilides de la bouche ne me parait pas être seulement lié à l'action plus efficace de ce procédé pour combattre la nosacmie, mais surtout il réside à la rareté du développement de la stomatite mercurielle dans le traitement par les injections. Je crois pouvoir donner cette explication, parce que dans les cas un peu réfractaires que j'ai précédemment notés, presque toujours la stomatite survint dès le début du traitement La stomatite mercurielle produit en effet une irritation continuelle à la muqueuse buccale qui pourrait favoriser l'état stationnaire ou la repullulation des syphilides.

A ce qui concerne le traitement de la syphilis par les divers procédés, de ce que j'ai pu constater, je pense pouvoir confirmer que les injections mercurielles paraissent enrayer plus que tout autre procédé antisyphilitique la tendance aux rechutes. Ainsi, parmi les cas que je recueillis de mes notes à partir de l'année 1882, jusqu'au mois de septembre 1886, 203 ont trait à des malades qui ont été soumis par nous au traitement par les injections après avoir été affligés pendant des mois et des années par des rechutes réitérées de syphilides en général et surtout de plaques muqueuses. Ces malades souffraient ainsi malgré l'administration du mercure par la voie stomacale ou par les frictions. Beaucoup de ces malades demeurant à Athènes ou au Pirée, j'ai pu par intervalles revoir, et excepté deux qui ont souffert une fois seulement de rechute, beaucoup d'autres n'ont plus présenté de manifestations syphilitiques quoique quelques-uns aient déjà été traités depuis cinq ans (1).

Dans le but de rendre la pratique des injections indolore on a recommandé, comme on le sait, d'ajouter à la solution mercurielle de la peptone, du chlorure de sodium, de l'urée, etc., de mêler l'hydrargyre avec de la glycérine, etc. Quelques auteurs très renommés ont même vanté la prescription du mercure avec la morphine ! (Je fais remarquer que ces médecins n'ont pas pris en considération deux choses très essentielles) ; que la douleur de l'injection se développe dans la plupart des cas, même une heure environ après cette petite opération ; par conséquent, dans ce cas, la morphine alors même qu'elle pouvait agir, elle serait superflue, son action étant courte). Ces auteurs n'ont pas pensé que la morphine avec l'hydrargyre forme un précipité assez épais ; or, le liquide injecté après la filtration, ne produit aucune douleur, car il est constitué tout simplement de l'eau pure).

Ce qui doit être pris en considération dans le but de rendre la douleur moins intense et principalement pour éviter la tuméfaction inflammatoire qui survient souvent à l'endroit de l'injection réside ailleurs. En effet, les médecins qui conseillent l'usage des injections mercurielles les pratiquent indifféremment aux parties latérales du thorax, à la région lombaire, à la partie antérieure du thorax, au dos, aux bras, aux fesses. Cette manière de faire est tout à fait inexacte, d'après nous, car toutes les fois que nous avons pratiqué des injections aux parties sus-indiquées, excepté la région dorsale, la douleur était très souvent assez vive et fréquemment succéda une réaction inflammatoire qui avait abouti dans plusieurs cas à la suppuration. Pratiquant au contraire les injections à la région dorsale, je n'ai presque jamais observé une réaction inflammatoire notable (parmi des milliers d'injections que j'ai faites jusqu'à présent, c'est à peine si j'ai observé 4 ou 5 cas d'inflammation ayant abouti à la suppuration) ; la douleur aussi n'est pas intense et souvent elle est presque nulle.

Il est à noter que les injections sur le dos amènent quelquefois, à cause de l'irritation des nerfs rachidiens, une sensation de resserrement qui à la première injection peut aboutir à l'évanouissement, de sorte que la première et la deuxième injection (c'est-à-dire jusqu'à ce que l'impressionabilité du malade soit amoindrie), doivent être faites, le malade étant couché, qui ne doit pas se lever tout de suite après l'injection.

La région où je pratique les injections se limite dans les deux convexités du dos à partir du bord inférieur des omoplates jusqu'à la région lombaire. Il faut, du reste, éviter de pratiquer les injections à la région lombaire et aux parties latérales du tronc aussi bien que sous la peau des omoplates et de la colonne vertébrale, car dans toutes ces dernières régions la douleur est très vive et l'inflammation peut aussi survenir.

En faveur de la délimitation de ce champ aphlégmasique on peut invoquer le résultat de l'expérience physiologique. Comme on le sait, il est déjà démontré (1) que l'action des poids appliqués sur diverses régions du corps est moins sensible sur les régions convexes du dos.

Dans ces derniers temps, certains syphiligraphes trop imbus des théories parasitaires, recommandent les soins antiseptiques dans la pratique des injections afin d'éviter l'inflammation et la suppuration consécutives. Je dois avouer que dans le grand nombre d'injections mercurielles que j'ai jusqu'à présent pratiquées, je n'ai jamais fait usage de lavages antiseptiques, néanmoins, je n'ai presque jamais, comme je l'ai déjà dit, [illegible] des phénomènes inflammatoires.

(1) Dans le traitement de la nosacmie syphilitique je fais 40, 50 injections mercurielles quotidiennes ou tous les deux jours selon la tolérance des malades. Pour les injections je me sers de deux solutions du sublimé ; pour les dix premiers jours une solution à 1 : 100 pour les jours suivants à deux pour 100 à y ajoutant 0.30-0.50 cent. de chlorure de sodium. Je fais suivre ce traitement par l'administration alternante du bichromate de potasse suivant le procédé de Genty et d'iodure de potassium pendant deux ou trois mois.

(1) Dohrn : in *Zeitschrift für rat. Medicin*, 1866 [illegible]

Conseil municipal de Marseille. — [illegible] séances il a été mis [illegible] l'Instruction publique, de l'[illegible] que la municipalité de Marseille est prête à [illegible] Faculté et l'Ecole de santé [illegible] en faveur de ce vœu, le Conseil [illegible] méconnaître, d'une part, [illegible] et administratifs que présentent [illegible] Faculté, des Ecoles de santé [illegible] réel danger [illegible] larges et vastes [illegible] ne peuvent être [illegible] d'autre part, [illegible] tout l'univers civilisé, [illegible] ne soit dotée d'[illegible] quence de l'ex[illegible] L'édification d'une [illegible] Ecoles de la [illegible] cette Faculté [illegible] réclame depuis plus de [illegible]

Le Dr Ferran [illegible] espagnol Ferran, [illegible] M. [illegible] M. [illegible] la [illegible] mer [illegible] M. Ferran [illegible] des [illegible]

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les Dispensaires pour enfants.

Depuis le 1er novembre 1875, date de la fondation du Dispensaire de M. le Dr Gibert, au Havre, un nombre respectable d'institutions analogues ont vu le jour. Parmi les villes de province qui n'ont pas tardé à suivre l'exemple du Havre, je citerai Rouen, Mulhouse, Clermont-Ferrand. Mais je veux surtout indiquer les développements que Paris a donnés à l'Œuvre des Dispensaires pour enfants.

Dès le printemps de 1883, Paris possédait deux Dispensaires pour enfants : le premier installé par M. le Dr Dubrisay, dans le 1er arrondissement ; le second, déjà plus important et mieux doté, ouvert dans le XIXe arrondissement par la Société Philanthropique. Depuis cette époque, presque chaque année a vu surgir, dans Paris, un nouveau Dispensaire pour enfants.

En 1884, c'est le magnifique Dispensaire Furtado-Heine (XIVe arrondissement) ; en 1886, c'est le Dispensaire-hôpital Péreire (Levallois-Perret) ; en 1887, c'est le Dispensaire Ruel (IVe arrondissement) : en 1888, enfin, la Société Philanthropique ouvre un deuxième Dispensaire à Montmartre (rue Labat).

Actuellement donc six Dispensaires pour enfants sont en plein fonctionnement à Paris ou dans la banlieue. Ce n'est pas tout; le Conseil municipal a voté l'année dernière la création d'un Dispensaire par arrondissement; en réalité, sur les vingt Dispensaires que ce vote nous promettait, nous devons compter sur l'ouverture prochaine d'un Dispensaire dans le XXe arrondissement.

J'ajouterai que la Société Philanthropique qui a reçu, de Mme Edouard André, un don très important de bijoux (plus de 400,000 fr.), va consacrer une partie de cette somme à la fondation d'un troisième Dispensaire dans le XIIIe arrondissement. On peut donc espérer que, dans 2 ou 3 ans, Paris comptera une dizaine de Dispensaires pour enfants.

C'est là un chiffre très important, qui représente un capital considérable et qui permet d'assister largement, dès aujourd'hui, plus de vingt mille enfants.

On remarquera que tous les Dispensaires ouverts actuellement à Paris sont dûs à la charité privée ; car les Dispensaires municipaux ne sont encore qu'à l'état de projet.

Les Dispensaires pour enfants ont pour but : 1° d'éviter au plus grand nombre d'enfants possible le séjour à l'hôpital, qui coûte cher et présente des dangers ; 2° de favoriser le traitement à domicile par une bonne organisation du traitement externe et la distribution gratuite de tous les soins médicaux ; 3° de propager dans les classes pauvres les principes d'hygiène infantile trop souvent méconnus.

Pour atteindre ce triple but, les Dispensaires disposent d'un outillage et d'une installation modestes, mais bien compris, d'un personnel restreint, mais dévoué qui, laissant à la clientèle riche les médications luxueuses et compliquées, cherche à obtenir les meilleurs résultats par les moyens les plus simples et les moins coûteux.

Tous les médicaments usuels et efficaces sont délivrés sous la forme la plus élémentaire et, comme ils sont achetés en gros et à prix réduit, le budget du Dispensaire ne se trouve grevé que dans la mesure équitable.

Ainsi procèdent la plupart des Dispensaires; quelques-uns cependant, grâce à la libéralité de leurs fondateurs, peuvent se permettre des dépenses relativement considérables.

Le Dispensaire Furtado-Heine dispose d'une dotation annuelle de 100,000 francs; les frais de premier établissement ont dépassé un million. Quand on saura qu'il est possible de fonder un Dispensaire avec 40 ou 50,000 francs et de l'entretenir avec 9 ou 10,000 francs (Foville, les Nouvelles institutions de bienfaisance, Paris, 1888), on pourra se demander s'il n'était pas préférable de fonder, dans les quartiers excentriques, une dizaine de ces petits Dispensaires, que de centraliser, dans un établissement unique, tant d'argent, tant de médecins, tant d'auxiliaires ! La clientèle d'un Dispensaire ne peut être en effet qu'une clientèle de quartier ; les enfants, qui habitent les arrondissements éloignés, ne pourraient suivre avec régularité un traitement externe.

Le Dispensaire de Mme Heine est le plus beau de ceux qui existent, il est même luxueux ; mais il coûte trop cher et les services qu'il rend ne sauraient compenser le prix de revient. A ce prix l'hopital est encore préférable.

M. Ruel, le riche propriétaire du bazar de l'Hôtel-de-Ville, a fondé un Dispensaire pour enfants dans le IVe arrondissement (rue du Cloitre-Notre-Dame) qui, recevant peu de malades, lui coûterait cependant 48,000 francs par an (séance du Conseil municipal de Paris, 30 juillet 1887). Voilà encore un chiffre exagéré, qui serait bien fait pour décourager la charité privée. Il ne faut pas se lasser de répéter que les frais d'entretien d'un Dispensaire pour enfants ne doivent pas atteindre ce chiffre. Avec 10,000 francs par an, on doit faire face à tous les besoins d'un Dispensaire de quartier. La preuve est faite depuis longtemps au Havre et même à Paris.

M. Dubrisay n'atteint pas ce chiffre; la Société Philanthropique le dépasse à peine ; elle ne l'atteindrait pas, si elle bornait son action à l'Assistance médicale, quoiqu'elle donne plus de 7,000 consultations par an. Voici les chiffres officiels du quatrième exercice de son Dispensaire du XIXe arrondissement.

Dans cet exercice, 7,337 consultations avaient été données (plus de 50 par séance) :

Appointements et gages	1.533 »
Ustensiles, matériel, etc	431 20
Médecin	2.000 »
Bains et chauffage	970 [illegible]
Médicaments	2.167 10
Nourriture et vêtements	3.4[illegible]
Total	10.[illegible]61 [illegible]

Si l'on voulait s'en tenir à l'Assistance médicale et supprimer les dons de vêtements et d'aliments, les dépenses annuelles de ce Dispensaire tomberaient à 6.902 fr.

Les Dispensaires pour enfants n'ont pas de raison d'être, s'ils ne nous permettent pas de faire de l'*Assistance à bon marché*.

La Société Philanthropique, dont les charges sont si lourdes et qui, grace à ses principes de sage administration et de stricte économie, fait vivre tant d'œuvres charitables, l'a parfaitement compris.

Le nouveau Dispensaire pour enfants qu'elle vient d'ouvrir à Montmartre avec le Dr Ruck pour médecin, est conçu sur le même plan et animé du même esprit que le Dispensaire de la Villette. Il en sera de même du troisième Dispensaire qu'elle doit fonder dans le quartier des Gobelins.

L'expérience acquise au service de cette grande Société charitable me permet de recommander sa pratique à ceux qui veulent fonder des Dispensaires à Paris ou en Province.

Tout le monde est d'accord sur les services que les Dispensaires peuvent rendre aux indigents; mais si le but poursuivi est le même, les moyens d'exécution diffèrent grandement.

Entre les deux types extrêmes, *type Gibert* et *type Furtado-Heine*, il y a place pour de nombreuses variantes qui, suivant les localités et les besoins, peuvent être recommandées. Sans vouloir ramener tous les Dispensaires à un type unique, on ne doit pas se lasser de prêcher l'économie dans les frais de premier établissement et d'entretien.

C'est au nom de cette économie nécessaire qu'on demandera une installation modeste dans des locaux neufs ou appropriés, un personnel restreint dans les mains d'un médecin unique. La spécialisation des services dans un Dispensaire pour enfants entraînerait immédiatement à des dépenses exagérées.

Indispensable dans un hôpital, la spécialisation ne l'est pas dans un dispensaire, surtout quand ce Dispensaire est situé dans une ville où les hôpitaux et les cliniques spéciales ne manquent pas.

Chargé, depuis plus de cinq ans, du service médical au Dispensaire pour enfants que la Société Philanthropique possède à la Villette, j'ai pu faire face à tous les besoins d'une clientèle nombreuse avec les seules ressources du Dispensaire. Les cas qui nécessitent l'hospitalisation immédiate ou l'intervention d'un spécialiste, ne se présentent qu'exceptionnellement aux consultations du Dispensaire, et quand ils se présentent, je n'hésite pas à les adresser à qui de droit.

Les bureaux de bienfaisance agissent de même, sans avoir recours à la spécialisation. Seulement les Dispensaires l'emportent sur les bureaux de bienfaisance par une organisation meilleure et plus complète du traitement externe.

Sans prétendre à une compétence universelle, on peut donc soigner, au Dispensaire gratuit, les maladies qui sont traitées par des spécialistes dans la clientèle bourgeoise. Tout médecin instruit peut, avec de la bonne volonté et de l'application, traiter convenablement la grande majorité des cas de maladies oculaires, auriculaires, etc., qu'on rencontre chez les enfants. Il se mettra également en mesure d'arracher les dents de ses petits malades, réservant les cas difficiles aux spécialistes. C'est ce que je fais, c'est ce que font les médecins de la plupart des Dispensaires pour enfants.

Le médecin d'un Dispensaire est comme le médecin de campagne, il fait de tout un peu; il n'est pas seulement médecin, il est aussi un peu chirurgien, oculiste, dentiste même.

Cette multiplicité d'attributions s'impose au praticien des campagnes, des petites villes et des faubourgs des grandes villes. Gênante pour le médecin, elle est essentiellement profitable à la clientèle indigente dont il faut ménager le temps comme la bourse.

Les Dispensaires pour enfants ne bornent pas leur action à la thérapeutique des maladies déclarées; ils font une propagande incessante en faveur de l'hygiène infantile qui laisse beaucoup à désirer dans les milieux pauvres et ignorants.

En conseillant l'allaitement maternel, en montrant les dangers de l'allaitement artificiel et les maladies qui en dérivent, le médecin du dispensaire fait œuvre hygiénique et prophylactique. Ses conseils, incessamment répétés, finissent par porter des fruits qui ne sont pas à dédaigner; car, dans les maladies des nouveau-nés imputables à des infractions hygiéniques, l'ignorance est plus souvent en cause que la misère. Si le Dispensaire est ainsi appelé à rendre des services de plusieurs espèces, il doit chercher à parer aux dangers de contamination qui menacent toutes les réunions d'enfants. Plus les consultations seront suivies, plus ces dangers seront grands. On s'attachera à les écarter en faisant, dès l'entrée, le triage des enfants et en isolant tous ceux qui sont soupçonnés de maladie contagieuse. En général les cas suspects sont rares et si le médecin a soin de les examiner dans un local spécial, la contagion ne fera pas de victimes.

Au Dispensaire de la Villette, la coqueluche est la seule maladie contagieuse que nous rencontrions habituellement. Les enfants qui en sont atteints ou soupçonnés sont dirigés, par un escalier spécial, vers le cabinet médical où ils sont examinés d'urgence et avant leur tour. En prenant quelques précautions de cette nature, on évitera les *cas intérieurs* qu'on reproche aux hôpitaux d'enfants.

L'isolement des maladies contagieuses, en effet, n'est pas seulement applicable aux hôpitaux, il doit être aussi réalisé dans les Dispensaires, dans les crèches, etc. Cette donnée doit entrer dans les prévisions des dépenses de premier établissement; elle augmente ces dépenses dans une mesure assez large.

Je terminerai cet article par la conclusion suivante empruntée au livre du regretté Dr Foville :

« En raison de l'excellence du but poursuivi, et du succès obtenu dans tous les endroits où l'expérience a été faite, il y a lieu d'encourager et de favoriser, par tous les moyens possibles, la création de nouveaux Dispensaires; on peut être certain, d'avance, que partout ils rendront de grands services, et contribueront largement au soulagement et au bien-être des populations indigentes au profit desquelles ils seront fondés. »

Dr J. Comby.

Analyse des vins. — Le Conseil général de l'Aude renouvelle le vœu, précédemment formulé, que le résultat sommaire des analyses effectuées par les laboratoires de chimie près les bureaux de douane, à l'entrée des vins en France, soit régulièrement publié, ainsi que cela se pratique pour les vins et autres produits soumis à l'examen du laboratoire municipal de Paris.

Le Conseil général du Gard a adopté un vœu tendant à prescrire aux laboratoires qui trouvent un vin nuisible à la santé publique, d'en indiquer les motifs et de faire connaître la méthode suivie dans l'analyse.

SOCIÉTÉS SAVANTES

—

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 4 septembre 1888. — Présidence de M. Hérard.

M. Verneuil, au nom de M. Suarez de Mendoza d'Angers lit une note relative à l'extraction d'un *corps étranger de l'œsophage*, arrêté à 23 centimètres des arcades dentaires et enlevé au cinquième jour à l'aide de la sonde œsophagienne de Verneuil.

M. Pampolkis (d'Athènes) lit une *étude expérimentale sur le vertige marin*, en collaboration avec M. Dastre. Les déplacements d'un animal (translation et rotation) exercent une influence considérable sur les viscères abdominaux. Malgré les liens constitués par les attaches péritonéales, ceux-ci sont mis en mouvement et viennent heurter contre les parois de la cavité, particulièrement contre le diaphragme et la paroi antérieure. Ces choses provoquent, soit directement, soit indirectement, à la suite de l'intervention des nerfs de sensibilité, des réactions appréciables. Ces réactions consistent en des contractions qui s'harmonisent au rhythme même des déplacements et qui tendent à limiter l'excursion des viscères. Sur le cadavre, cette excursion est naturellement plus étendue. Elle a pour conséquence chez le vivant des tiraillements des nerfs mésentériques et des impressions sur les nerfs sensitifs. Il y a lieu de penser que les corpuscules de Paccini, signalés dans le mésentère, servent précisément à recueillir ces impressions et à permettre par suite les réactions correspondantes dans la sphère de la motricité. Les moyens qu'on peut employer pour limiter ces mouvements, tels que la compression du ventre par des bandes ou liens de différentes espèces, restreignent les chocs contre la paroi abdominale, mais laissent en grande partie subsister ceux sur le diaphragme. De là les modifications inévitables qui se produisent dans le rhythme respiratoire.

M. Lancereaux fait une communication sur *la filariose*. Aucun malaise ne vient tout d'abord révéler l'existence de cette maladie; et, l'un des premiers symptômes observés est presque toujours la tuméfaction des glanglions inguinaux. Cette tumeur est symétrique et parfois plus développée à gauche. Ces tumeurs ressemblent à une hernie, épiploïque en partie réductible, à un lipome, à une tumeur érectile veineuse. A cette tuméfaction des glandes inguinales, s'ajoutent parfois des varices lymphatiques de la région de l'aine et souvent aussi des dilatations des vaisseaux de lymphatiques du scrotum. La rate et le foie restent généralement à l'état normal. La fonction urineuse, est souvent lésée : les urines passent tout à coup d'un état de limpidité parfaite à un état trouble lactescent, ou bien elles deviennent blanches, semblables à une émulsion de graisse, et souvent elles tiennent en suspension une sorte de caillot fibrineux. L'aspect et la coloration de l'urine peuvent varier d'un jour à l'autre et même aux différentes heures de la journée et jusque dans une même miction. Le liquide urinaire se trouve plus altéré à la suite de fatigues et devant les chaleurs. Dans les cas de chylurie, on ne trouve pas seulement un caillot fibrineux, mais encore de l'albumine et de la graisse. L'urine, examinée au microscope, contient des éléments figurés, des globules graisseux et parfois des parasites. Les éléments figurés sont de deux ordres : les hémalies et les corpuscules lymphatiques. Les hémalies sont souvent altérées.

Ce qui donne à l'urine son aspect laiteux, ce sont les gouttelettes ou mieux les granulations de nature graisseuse se présentant sous forme d'une fine poussière disséminée et soluble dans l'éther. Dans quelques cas, les urines de l'hémato-chylurie endémique renferment de véritables globules graisseux. La filaire ne se voit que par moments dans l'urine, principalement lorsqu'il y a hématurie, et alors elle se trouve au sein des caillots sanguins. Ce parasite ne peut être rencontré dans le sang des malades pendant le jour, mais il s'y montre vers le soir et le chiffre s'en élève jusqu'à minuit. A partir de cette heure, les filaires sont en moins grand nombre, puis elles disparaissent entre une et six heures du matin. La santé générale des malades est le plus habituellement conservée, quoique cependant ils soient pâles, anémiés, La fièvre est un symptôme rare. La filariose commence en général par les ganglions inguinaux; l'envahissement procède de bas en haut, et des vaisseaux des ganglions inguinaux au canal thoracique. La filariose, dont la période d'incubation est mal déterminée, est une maladie de longue durée. La guérison est en quelque sorte la règle; la terminaison fatale est rarement amenée par l'infection filarienne. La prophylaxie de la filariose consiste à ne se servir que d'eaux de source ou de puits profonds, à éviter l'emploi des eaux des étangs, des marais, ou bien à ne se servir que d'eau filtrée ou bouillie. En terminant M. Lancereaux conseille l'hydrothérapie et les frictions mercurielles sur les régions inguinales.

M. Marty lit un rapport sur un échantillon de *l'eau du puits de l'école normale des filles de St-Brieuc*, et arrive à cette conclusion que cette eau doit être rejetée comme boisson, car elle est mauvaise par la nature de sa composition minérale, et dangereuse parce qu'elle peut servir de véhicule au bacille de la fièvre typhoïde.

M. L. Colin lit un rapport sur le prix de l'Académie pour l'année 1888.

Séance du 11 septembre 1888.— Présidence de M. Hérard.

M. Benard (de Saint-Germain-en-Laye), lit un mémoire sur les *inhumations prématurées et les signes de la mort.* Non seulement les maires, mais aussi tous les habitants des communes doivent prendre connaissance des prescriptions relatives aux ensevelissements. Il faut que les enfants soient, dès l'école, instruits des précautions sur lesquelles insiste la circulaire du 25 janvier 1884 et celles qui l'ont suivies. Les termes de la première sont les suivants : « le corps doit être laissé dans son lit; on doit éviter de le transporter sur un sommier de paille ou de crin, de l'exposer à un air très froid, de couvrir et d'envelopper le visage. Le corps doit rester dans toutes les conditions de chaleur et d'air susceptibles de faciliter le retour à la vie. On doit se garder de procéder à l'ensevelissement, à la mise en bière et à toute autre opération analogue ; et toutes ces prescriptions doivent être observées pendant le délai de 24 heures, à partir de la déclaration faite à la mairie. » Si donc le médecin vérificateur, à son arrivée, constate quelques infractions aux dispositions réglementaires qui viennent d'être indiquées, il doit adresser des recommandations à la personne présente. Si par exemple il trouve le corps déjà enseveli, il doit prescrire le désensevelissement et le faire exécuter sous ses yeux. En général, les médecins vérificateurs devront rappeler aux familles toutes leurs obligations à l'égard des individus déclarés pour mort, et leur faire observer que, pendant le délai de 24 heures, on doit prendre autant de soin d'une personne présumée décédée que s'il s'agissait d'un malade. — L'officier de l'état-civil étant responsable, doit, s'il omet de prendre toutes les mesures nécessaires pour faire vérifier les décès et donner, de cette façon, à la société et aux familles les garanties désirables, être puni pour manquements graves à son devoir.

Les maires devront suivre à la lettre les prescriptions contenues dans la circulaire ministérielle du 24 décembre 1886, et, à part la vérification directe, qui ne peut être faite que par un médecin, et seulement par lui, ils rempliront les autres formalités requises, telles que nomination de médecins vérificateurs et surtout avis donné aux médecins des décès, survenus dans leurs communes. Les préfets doivent exiger qu'il soit enfin tenu compte des prescriptions si sages, qu'ils ne cessent de transmettre aux maires de leurs départements. Pour arriver au but, il faudra briser certaines résistances, lutter contre le mauvais vouloir des uns, s'attaquer à l'insouciance des autres, ou même détruire les préjugés nés de l'ignorance chez d'autres : mais on atteindra certainement ce but si l'on

veut bien ne pas reculer devant les mesures suivantes, si rigoureuses qu'elles puissent paraître : après dénonciation des contraventions commises à ce sujet par l'officier de l'état-civil, poursuites, condamnations aux amendes, puis révocation du maire, démontré incapable de veiller sérieusement aux intérêts de ses administrés, sans préjudice des peines qui pourraient lui être appliquées dans le cas où l'on constaterait l'inhumation d'une personne vivante. Un examen consciencieux fait par un médecin, étant la meilleure garantie contre les périls de la mort apparente, il est de toute nécessité, que le médecin vérificateur s'assure, de visu, de la réalité de la mort. Les seuls signes infaillibles, étant et la rigidité cadavérique et la putréfaction, le médecin ne délivrera son attestation que lorsqu'il aura constaté la présence de ces phénomènes. En terminant, M. Bénard demande la création de dépôt mortuaires.

M. Richelot fait une communication sur la *nature infectieuse du tétanos*, et relate un cas où le fait de la contagion ne saurait être suspecté. Deux jeunes femmes ont été opérées dans son service pour une salpingo-ovarite à forme grave. Ces deux opérées ont succombé au tétanos. Si la cause du tétanos reste obscure pour la première, il ne saurait en être de même pour la seconde, puisque celle-ci fut prise de tétanos quelques jours après la mort de la première opérée.

M. Prengrueber présente un malade auquel, il y a six mois, il a dû enlever la plus grande partie de la langue, tout le plancher de la bouche et une grande étendue du maxillaire inférieur, pour remédier à un volumineux *cancer* ulcéré (*cancer de la bouche*). Ce malade est dans un état satisfaisant aujourd'hui.

M. Trasbot donne lecture d'un rapport sur un travail de M. Mathis (de Lyon), concernant une *affection dysentérique fréquente chez les jeunes chiens* et qui les tue souvent en quelques jours. Il n'est pas établi expérimentalement que le bacille, dont la présence a été constatée dans le cadavre des animaux morts, soit la cause première, essentielle de la maladie. Pour qu'il en fût ainsi, il faudrait qu'avec les produits de culture ingérés, on eût fait naître chez les jeunes animaux la maladie dans toute son intégrité et avec toutes ses conséquences.

M. Trasbot lit un *rapport* sur le *prix Vernois*, pour l'année 1888. A. Josias.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

VII. — **Action de l'eau de Vichy sur la nutrition**; par le Dr Frémont, médecin consultant à Vichy. Paris, 1888, Steinheil.

VIII.—**Formulaire des nouveaux remèdes** ; par MM. G. Bardet et Egasse. O. Doin, édit. 1888. 3e édition.

IX. — **Formulaire magistral**, par A. et G. Bouchardat. Paris, 1888. Félix Alcan, édit.

X. — **Observations cliniques sur l'antifébrine**; par le D Umberto Dieci, 1888.

XI.—**De l'action du strophantus dans les maladies du cœur** ; par le Dr P. Masius, assistant à l'Université de Liége, 1888.

XII. — **Le strophantus du commerce** ; par R. Blondel. Paris, 1888, O. Doin, édit.

XIII.— **Le méthylal, ses propriétés physiologiques et thérapeutiques** : par le Dr Georges Lemoine, médecin-adjoint de l'asile de Bailleul, 1883.

VII. —Ce consciencieux travail, qui dénote chez l'auteur un grand sens expérimental et une profonde observation clinique, établit que la médication de Vichy active les échanges organiques et augmente la richesse du sang, ainsi que les forces. Sous l'influence de la cure thermale, les globules rouges et l'hémoglobine du sang, l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine, la quantité d'urée éliminée, l'énergie du cœur et le poids des malades augmentent. Les obèses perdent de leur poids tout en prenant des forces.

Dans les affections suivantes : lithiase biliaire et quelques affections du foie, lithiase urinaire, goutte, diabète, obésité, elle améliore l'état local présent, modifie l'économie tout entière et *tend à faire disparaître la cause de la maladie : le ralentissement de la nutrition.* La seule contre-indication de l'eau de Vichy, c'est de n'avoir aucune maladie, aucun symptôme qu'elle ne puisse modifier favorablement. L'eau bue à la source est certainement la partie capitale de cette médication, mais les bains sont d'une grande utilité. L'eau de Vichy agit par sa composition chimique, mais le pouvoir de transformer les albuminoïdes en peptones, dont jouissent les bactéries des sources de la *Grande-Grille* et de l'*Hôpital*, explique l'activité de ces sources dans la guérison des affections gastro-intestinales (dyspepsie, dilatation de l'estomac, entérite, etc.)

VIII.—Les nouvelles drogues employées aujourd'hui étant pour la plupart peu connues des praticiens, médecins ou pharmaciens, les auteurs ont rendu un véritable service en fournissant sous une forme rapide et claire, les renseignements dont on peut avoir besoin dans le maniement des remèdes nouveaux. Le *formulaire des nouveaux remèdes*, tel qu'il se trouve disposé, représente donc un véritable annuaire qui tient le praticien au courant des progrès de la thérapeutique. Il en est déjà à sa troisième année et sera réédité tous les ans. Les classifications de médicaments sont aujourd'hui très contestées ; aussi, pour éviter toute confusion, le formulaire est-il rédigé par ordre alphabétique de substances, forme rapide et pratique qui convient certainement mieux qu'aucune autre à un ouvrage destiné à être feuilleté journellement.

IX. — L'éloge de ce formulaire n'est plus à faire : la 27e édition, qui vient de paraître, a été entièrement refondue et considérablement augmentée par M. G. Bouchardat : ont été insérés les formules nouvelles, les modes nouveaux de médication, consacrés par un usage suffisamment prolongé ou appuyés par le nom de praticiens autorisés. Nous citerons également tout ce qui se rattache à l'étude des glucosides, des alcaloïdes purs retirés des produits végétaux, des très nombreuses substances artificielles sortant du laboratoire du chimiste, douées des fonctions chimiques les plus diverses et qui nous sont fournies par les procédés de la synthèse chimique. On trouve aussi dans ce volume un certain nombre de recettes, de solutions de substances antiseptiques destinées à rendre inoffensifs les divers objets servant aux pansements chirurgicaux.

X. — Dans ce petit opuscule, l'auteur relate les travaux qui ont paru sur l'antifébrine ou *acétanilide* et rapporte lui-même les résultats de ses observations personnelles. Nous pouvons les résumer dans les conclusions suivantes : L'antifébrine n'est pas seulement un antithermique, mais elle possède une action spéciale dans les formes rhumatismales, en faisant rapidement disparaître les douleurs et en abaissant la température. — L'action antithermique de l'antifébrine est d'autant plus puissante que le degré de la fièvre est plus élevé ; si, en effet, on l'administre à un individu dont la température est normale, ce médicament perd son action antithermique et la température reste à 37° ou diminue seulement de 2 ou 3 dixièmes.—L'usage prolongé de l'antifébrine dans la fièvre de la tuberculose, tout en abaissant d'une façon constante la température, n'empêche pas cependant celle-ci de remonter quelquefois à un degré plus élevé. — Dans l'administration du médicament, on ne devra pas dépasser la dose de 1 gramme 50 dans les 24 heures ; une dose supérieure pourrait être dangereuse.

XI. — Ce travail, sorti de la clinique de M. le professeur Masius, établit nettement l'action du strophantus sur le pouls. La fréquence des pulsations est diminuée dans une proportion très considérable, et cela souvent, dans l'espace de moins d'un jour. En même temps, la tension artérielle devient plus considérable, fait mis en évidence par de nombreux tracés sphygmographiques. La sécrétion urinaire augmente dans des proportions très notables. En même temps l'œdème diminue. Les voies digestives présentent une tolérance très grande à l'égard du strophantus; son administration, même prolongée, pendant plusieurs semaines, est sans action sur la digestion. Dans quelques cas, on a constaté, après plusieurs semaines, l'apparition d'une diarrhée, d'ailleurs modérée. Le strophantus n'a pas

d'effets cumulatifs. La durée de l'action du strophantus s'étend de 2 à 3 semaines. Passé cette période, ses effets cessent de se faire sentir. La durée s'abaisse de nouveau et le pouls tend à reprendre sa fréquence initiale. A ce moment-là, il est opportun de cesser l'usage du médicament. Des doses plus élevées, de 50 gouttes en 24 heures, ne produisent aucun effet. Il est à remarquer que, dans plusieurs observations, après avoir cessé à ce moment-là le médicament, on en obtenait de nouveaux effets en le reprenant 15 jours plus tard.

XII. — Etude de matière médicale, avec 53 figures dans le texte, comprenant l'historique et l'histoire naturelle complète de cette plante.

XIII. – L'auteur a expérimenté cet agent sur l'homme et les résultats qu'il a obtenus sont sensiblement les mêmes qu'avait donnés l'expérimentation sur les animaux, sauf cependant l'action hypnotique. Le phénomène le plus caractéristique produit par le méthylal est la diminution de la pression sanguine accompagnée de l'accélération des battements du cœur.

Le système de la respiration est également influencé : mais tandis que Personali avait trouvé que le nombre des inspirations diminuait quand un animal avait respiré du méthylal, M. Lemoine a constaté, au contraire, qu'il était augmenté chez tous ses malades; cette accélération était minime, il est vrai (4 à 6 inspirations supplémentaires par minute), mais elle était constante. L'abaissement de la température était de 2 à 3 dixièmes dans les deux cas où elle a été cherchée. F. Bottey.

BIBLIOGRAPHIE

Περὶ τοῦ κατὰ το θέρος τοῦ 1886 ἐνσκήψαντος ἰκτερώδους τύφου;
ὑπὸ
Ε. ΚΩΤΣΟΝΟΠΟΥΛΟΥ, Ἀθήνησι. 1888.

Sous ce titre « *Typhus ictérique* », M. Cotzonopoulos a décrit l'épidémie qui a sévi dans quelques quartiers de Nauplie (Grèce), en 1886, du mois de juillet au mois de décembre. Les *symptômes* de la maladie les plus caractéristiques ont été : frissons ; fièvre montant du premier jour à 39° à 40° avec 100 à 130 pulsations ; céphalée · douleurs aux muscles et aux articulations ; vomissements de bile ; épigastre douloureux; les hypochondres et surtout le foie gonflés. Vers le 4e ou le 5e jour de la maladie, les symptômes s'amélioraient ; la température tombait à 37°,6 ou 37° ; mais cet état ne durait que quelques heures, après quoi la fièvre recommençait et les symptômes ci-dessus s'aggravaient. Vers le 5e et le 6e jour et même plus tard apparaissait le cortège des manifestations ictériques ; ajoutons-y le hoquet, l'épistaxis et les hémorrhagies de l'appareil digestif. Le plus souvent la mort s'est produite par paralysie cardiaque. L'ictère était, pour la majorité des cas, hémaphéique ; ainsi, dans les urines, il n'y avait pas de bile et les évacuations étaient bien colorées

Il y a eu en tout 187 cas, dont 127 en ville et 60 à l'hôpital militaire, sur une population de 5 000 habitants, y compris la garnison se composant de 900 soldats. La mortalité a été de 28 0/0 pour les cas de ville et de 16 0/0 pour les malades de l'hôpital militaire. Dans le plus grand nombre de cas, la maladie dura moins de dix jours. Les 127 cas observés en ville appartiennent : à M. Jeanopoulos, 72 ; à M. Cotzonopoulos, 21 ; à M. Palitzakis, 16 ; à M. Condis, 15 ; à M. Tsoukopoulos, 15 ; à M. Trikas, [illegible] ; et à M. Jeanoulis, 2. De 187 cas observés en tout, les 129 ont eu lieu pendant les mois de juillet et d'août. Sur les 47 cas de mort, il y en eut 36 pour les mois de juillet et d'août.

Quant à l'âge, voici la statistique :

De 8 à 20 ans, il y eut		13	cas et	0	de morts.
De 20 à 40	—	50	—	9	—
De 40 à 50	—	24	—	11	—
De 50 à 60	—	22	—	[illegible]	—
De 60 à [illegible]	—	18	—	8	—
		127		37	

Sur ces 127 cas il n'y en eut que 33 seulement qui appartiennent au sexe féminin.

Quant à la cause de la maladie, M. Cotzonopoulos remarque qu'à Nauplie on applique le tout à l'égout ; mais, malheureusement la plupart des égouts laissent encore trop à désirer ; à cause de leur mauvaise inclinaison, il y a stagnation et décomposition de matières organiques ; ajoutons à cela l'insuffisance de l'eau qui les arrose et très probablement leur communication à quelques points du moins avec les tuyaux poreux transportant l'eau potable. M. Cotzonopoulos ne croit pas que la maladie eût pu être attribuée au miasme palustre, attendu que les habitants des environs de Nauplie qui, d'habitude, souffrent le plus de ces fièvres, n'ont pas souffert de l'épidémie. D'ailleurs la quinine, même à haute dose, n'a pas eu d'action contre la maladie. L'antipyrine n'a pas agi non plus, vu même la fréquence des cas de mort par paralysie cardiaque, on a renoncé à son emploi. Les lotions froides ont été plus efficaces. L'épidémie n'avait rien de commun avec la fièvre typhoïde, d'ailleurs, on n'a pas constaté les lésions anatomiques caractéristiques. Il ne s'agissait pas non plus d'une fièvre récurrente, quoique on eut récemment prétendu que la spirochite d'Obermeyer s'observe aussi dans le typhus de Griesinger dont il s'agit ici. Pour nous en persuader, M. Cotzonopoulos nous présente les arguments suivants : I. Le typhus de Griesinger, auquel l'épidémie de Nauplie emprunte ses caractères saillants, n'a pas été contagieux pendant l'épidémie de Nauplie ; nous remarquons ici que M. Diamantopoulos a lui aussi soutenu que le typhus de Griesinger, qui a sévi à Smyrne, quelques années avant l'épidémie de Nauplie, n'a pas été non plus contagieux. — II. La fièvre récurrente forme de grandes épidémies se propageant de ville en ville, tandis que l'épidémie de Nauplie est confinée dans quelques quartiers seulement. — III. Dans l'épidémie de Nauplie, il y eut des cas légers, abortifs. Par suite, M. Cotzonopoulos arrive à cette conclusion que l'épidémie de Nauplie appartient au typhus de Griesinger, avec cette différence que les lésions anatomiques décrites par Griesinger pour la rate ont été constatées dans le foie.

MM. Cotzonopoulos, Jeanopoulos et Tsoucopoulos ont fait quatre nécropsies. Les méninges et le cerveau étaient congestionnées ; dans deux cas, on a constaté une congestion pulmonaire ; dans tous les cas, le cœur était mou, fragile et adipeux ; la rate peu gonflée ; le foie très gonflé. Quant aux lésions microscopiques du foie, laissons la parole à notre ami, M. R. Nicolaïdis, professeur agrégé à la Faculté d'Athènes, qui a examiné le foie provenant de deux nécropsies et remis à lui par le professeur M. Karamitzas. — « Les cellules hépatiques étaient granuleuses avec des granulations adipeuses et pigmentaires ; le noyau mal coloré et parfois même absent ; à la périphérie de lobules hépatiques il y avait une infiltration cellulaire en foyers plus ou moins grands ; de pareils foyers existent aussi à l'intérieur de lobules et surtout autour de la veine centrale ; au centre des foyers il y avait une formation d'abcès ; parfois, tout le foyer était réduit en abcès ; autour des foyers, entre les cellules hépatiques et peut-être dans l'intérieur des capillaires il y avait l'amas de micrococques et de bactéries rondes avec un ou deux petits points incolores dans leur intérieur. » — On aurait pu supposer qu'il s'agissait là du typhus hépathique décrit par M. Landouzy. Immédiatement après la fin de l'épidémie, et pendant cinq mois, plusieurs ouvriers ont travaillé aux égouts pour les nettoyer ; aucun d'eux n'a été malade.

Cette épidémie a été décrite aussi, en résumé aux nos 17 à 19 de 1887 du journal « Γαληνός », à Athènes, par notre ami M. Vellinis, médecin militaire. Vu la localisation de la maladie dans deux quartiers seulement, et le mauvais état des égouts en approximité aux tuyaux d'eau potable, il attribue à ces dernières conditions une grande influence sur la production de l'épidémie, qu'il regarde pourtant comme étant très vraisemblablement de nature palustre. Pour les raisons que M. Cotzonopoulos a exposé, nous croyons que le miasme palustre n'est pas intervenu sur la production de cette épidémie. P. S. Pampoukis

Bibliothèque de l'Arsenal. — Le Dr R[illegible]inet vient d'être nommé bibliothécaire de l'Arsenal, en remplacement de M. Robertet, récemment [illegible].

Cours d'accouchements donné à la Maternité de Liège; par le Dr N. Charles, 2 vol., Paris-Liège, 1887.

L'ouvrage que le professeur N. Charles présente au public est la reproduction des leçons qu'il professe sur les accouchements depuis neuf ans à la Maternité de Liège. Toutefois, il a agrandi le cadre de son enseignement par de nombreuses additions dans lesquelles il a mis à profit les dernières productions de la littérature belge et étrangère. Ce livre se présente donc en réalité sous la forme d'un traité, avec cet avantage pour le lecteur de lui donner la note personnelle du maître tout en le mettant exactement au courant de la science.

L'auteur a scindé son cours en deux parties bien distinctes qui font chacune l'objet d'un volume : l'une physiologique, l'*eutocie* ; l'autre pathologique, la *dystocie*. La première comprend l'anatomie et la physiologie obstétricales, la grossesse et l'accouchement normal, les suites de couches naturelles, l'hygiène des nouveau-nés et même les maladies de la première enfance. La seconde partie renferme la pathologie de la grossesse, la dystocie et les opérations.

La notoriété bien connue de M. Charles parmi les accoucheurs belges nous dispense d'entrer dans l'appréciation détaillée de cette œuvre, à laquelle l'expérience personnelle de l'auteur et le soin avec lequel il rend compte des travaux de ses compatriotes impriment un réel cachet d'originalité.

Nous nous étonnerons seulement, à propos du forceps, de l'opinion émise par M. Charles sur le forceps Tarnier ; nous ne pouvons pas croire que ce soit là son dernier mot, et nous espérons qu'il reviendra sur son impression première. Nous n'en voulons pour preuve que ce qui s'est passé presque partout à l'étranger, où cet instrument, d'abord très discuté, a fini par s'imposer et par être accepté par ceux-là même qui l'avaient le plus critiqué. Nous ferons la même remarque au sujet du basiotribe que M. Charles ne juge certainement aussi sévèrement que parce qu'il n'est pas familiarisé avec son emploi. De l'aveu de tous les opérateurs qui se sont servis du basiotribe, cet instrument est un broyeur parfait et surtout un extracteur infiniment supérieur aux céphalotribes, crânioclastes, etc.

La pathologie des suites de couches forme le dernier chapitre du livre. Après la description de la septicémie puerpérale, le professeur Charles consacre des pages fort intéressantes à la prophylaxie de la fièvre puerpérale, à l'hygiène des maternités, enfin à l'application de la méthode antiseptique aux accouchements. Ce sujet qui a maintenant sa place marquée dans tous les traités d'obstétrique est exposé ici avec tous les développements qu'il comporte. M. Charles démontre les bienfaits de l'antisepsie en rappelant les beaux résultats obtenus à la Maternité de Paris par M. Tarnier, à l'hôpital Lariboisière par M. Pinard, à la Charité par M. Budin, etc... Il donne enfin lui-même la statistique de la Maternité de Liège. A partir du 15 mai 1884, où le sublimé a été employé d'une façon régulière et minutieuse jusqu'au 1er septembre 1887, sur un total de 1,262 femmes qui sont venues faire leurs couches dans cette Maternité, *aucune n'est morte de septicémie*.

Nous nous arrêtons sur cette nouvelle et éclatante preuve de l'efficacité de l'antisepsie obstétricale, et nous terminons en souhaitant que le cours d'accouchements du professeur Charles obtienne auprès des élèves auxquels il est destiné tout le succès qu'il mérite.

Ch. Maygrier.

Centenaire de l'Université de Montpellier en 1889-1890. — Les membres de l'enseignement supérieur de Montpellier ont résolu, à l'exemple de la ville de Bologne, de concert avec les membres de l'Académie des sciences et des lettres de cette ville, de fêter avec grande pompe, l'année prochaine, le sixième centenaire de la fondation de l'Université de Montpellier. Cette décision a été prise dans une séance tenue récemment à la Faculté de médecine. La cérémonie a été fixée au commencement de l'année scolaire 1889-1890, c'est-à-dire pendant l'hiver qui suivra l'exposition universelle de Paris. Il est certain que les professeurs et étudiants des autres universités françaises seront invités à assister à ces fêtes, et, à notre avis, il est presque probable que les universités étrangères seront priées d'y envoyer des délégués. Nous souhaitons vivement que le prochain centenaire de Montpellier soit aussi brillant que celui qui vient d'avoir lieu à Bologne (*Progrès médical*, 11 août 1888).

VARIA

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu. — Abus et gaspillage, désobeissance des religieuses Augustines.

Le Bureau explique ensuite qu'il a toujours été très libéral envers les religieuses (1).

Instruit qu'un chirurgien avait manqué à quelques égards dus à une religieuse a fait offrir à cette religieuse de le renvoyer si elle l'exigeait, et a desiré qu'on lui pardonnat. *On ignore la formule des vœux des religieuses* (2), mais les seuls dont elles puissent parler ici sont de *servir les malades... La garantie des supérieurs ecclésiastiques envers les religieuses ne peut être pour elles un moyen contre l'Administration.*

Ici le Bureau se fait rendre compte des mémoires présentés par les médecins de l'Hôtel Dieu en novembre 1756 — nous en avons publié les extraits précédemment — et le 6 mai 1780. Ce dernier mémoire rédigé par les docteurs Dejean, Majault, Doucet, Davié, Despaturcaux, Montabourg, Sollier, Mallet, Duhaume et Philip n'est que la répétition à peu près exacte du mémoire de novembre 1756 et tend à prouver combien les religieuses suivaient peu, comme toujours du reste, les ordres du Bureau. Vient ensuite un :

SUPPLÉMENT AU MÉMOIRE REMIS A MONSIEUR LE PROCUREUR GÉNÉRAL PAR L'ADMINISTRATION DE L'HÔTEL-DIEU DE PARIS

Les abus qui se commettent dans la distribution des alimens aux malades, et, en général dans la consommation des vivres ne sont pas les seuls à détruire dans l'Hôtel Dieu. Depuis le mois de juillet dernier, l'administration augmente le nombre et les honoraires des médecins.... Elle a supprimé dans les salles où les petits lits fournis par le Gouvernement ont été placés et pour lesquels le reglement du 16 juillet a été fait, les *infirmiers sans gages* connus sous le nom de *convalescens*, et a DONNÉ DES GAGES à tous ceux dont elle a réglé le nombre pour chaque salle, et a MÊME AUGMENTÉ LES GAGES ORDINAIRES AFIN DE POUVOIR CHOISIR DE MEILLEURS SUJETS et que le service des salles fut mieux fait. *L'usage étoit d'avoir dans chaque salle plus de ces prétendus convalescens que de véritables infirmiers. Cette espèce de gens de la lie la plus méprisable et la plus paresseuse du peuple, ne consentoit à rester sans gages dans l'Hotel Dieu que dans l'espérance de s'en dédommager, soit en recevant des gratifications en vivres pour les vendre aux malades, soit en volant tout ce qui leur tomboit sous la main, soit en ranconnant les malades pour les petits services qu'ils leur rendoient....*

Pour remédier à l'abus qui résulte de l'usage où sont les religieuses le faire faire chacune tous les huit jours le blanchissage du linge de leurs salles par les infirmiers et convalescens de ces

(1) On peut ajouter qu'il a même souvent ete a leur égard d'une faiblesse exagérée.

(2) Voici la formule d'un de ces vœux que nous avons retrouvée dans les liasses des archives de l'Assistance publique, et que nous avons même fait photographier.



IN NOMINE PATRIS

ET FILII ET SPIRITUS

SANCTI. AMEN

JE Sœur..... .. voue et promets à Dieu, à la Benoiste vierge Marie, au glorieux Sainct JEAN Baptiste, à nostre bien heureux Père Sainct Avgvstin, nos patrons et généralement tous les Saincts & Sainctes de Paradis, et à vous mes très-Révérends Péres PAUVRETÉ, CHASTETÉ, OBEISSANCE, et servir aux PAUVRES MALADES tous les jours de ma vie en l'HOSTEL DIEU de Paris, ou ailleurs si par vous il m'est enjoinct que dans la Reigle de S. AVGVSTIN accommodée à notre S. Estat par les statuts et constitutions faits de l'authorité de vous Messieurs les Reverends DOYEN & CHAPITRE de l'Eglise de Paris, Superieurs de cette Maison : tesmoing mon sing manuel cy mis le jour l'an de grace mil six cent.

Sœur.

Ainsi soit-il à toute : ÉTERNITÉ.

mêmes salles, et d'y appeler même les gens du dehors qu'elles ne payent qu'en vivres, l'administration a établi un office général du blanchissage avec un nombre suffisant de lavandiers à gages. Par cet établissement, les religieuses de chacune de ces salles, débarrassées du soin de leur blanchissage sont rendues en entier, elles et leurs infirmiers, aux soins personnels des malades dont ils étaient nécessairement detournés pendant deux ou trois jours de chaque semaine....

N'ayant pu parvenir à faire exécuter par les religieuses chargées des soins de la cuisine les règlements anciens, qui proportionnent la quantité de viande à cuire chaque jour au nombre des malades, et des autres personnes de la maison, l'Administration vient de charger le préposé qu'elle a établi à la cuisine pour l'exécution du règlement du 16 juillet, en ce qui concerne les portions de viande toutes coupées à envoyer dans les salles.... Depuis cette époque, c'est-à-dire du 1er septembre au 30 novembre, l'économie que l'exécution exacte des anciens règlemens a produite a été — nous ne nous trompons pas — de 30,498 livres de viande sur la consommation de ces 3 mois, comparés aux 3 mois correspondans de l'année dernière à nombre égal de consommateurs, ce qui fait pour chaque mois une épargne de 10,116 livres de viande sur la consommation antérieure !... (1).

La véritable question à examiner est de savoir jusqu'où doit s'étendre l'autorité de l'Administration dans l'interieur de l'Hotel Dieu ; se contentera-t'elle, après avoir connu les abus, de renouveler les anciens règlemens, d'en faire même de nouveaux pour les choses non prévues par les anciens et *de s'en rapporter pour l'exécution aux religieuses qui se prétendent indépendantes de l'Administration ?* ou employera-t'elle les moyens qui lui paraitront nécessaires pour procurer cette exécution dans le cas où elles refuseroient de reconnoitre son autorité, ou, ce qui produiroit le même effet si, en paroissant s'y soumettre, elles persévéroient à l'éluder ; ou enfin les obligera-t'on à être subordonnées en ce qui concerne l'exécution des règlemens.... L'Administration, instruite par une étude suivie des anciens règlemens et par une expérience journalière sait comment l'Hôtel Dieu doit être gouverné. Il ne s'y propose rien qui ne soit mûrement examiné, discuté et délibéré ; les affaires les plus importantes sont portées à l'assemblée génerale de l'Administration, et on rend compte à chacune de ces assemblées de celles qui ont été faites depuis la dernière, au moyen de quoi le gouvernement de l'Hôtel Dieu est véritablement l'ouvrage de l'assemblée générale de l'Administration... On n'en pourrait pas dire autant, si chaque religieuse, dans la salle qui lui est confiée, étoit libre de la gouverner suivant ses lumières. Il en résulteroit d'abord une bigarrure singulière entre toutes les salles, et comme les religieuses en sont changées chaque année (2), à la réserve de quelques-unes, la manière de gouverner chaque salle changeroit tous les ans. En second lieu, si les religieuses peuvent acquérir une expérience suffisante dans la manière de soigner les malades, *il n'en est pas de même des lumières nécessaires pour le traitement de chacun d'eux*, et pour le gouvernement des salles, relativement à tout ce qui, hors de ces salles, concerne cependant leur service. Si on prétendoit que toutes les religieuses étant soumises à leur supérieure, c'est à cette supérieure à avoir cette conduite générale, on pourroit répondre que chaque religieuse en chef, dans les salles ou dans les différens offices de la maison, croit être indépendante pour le gouvernement de son district, et qu'en effet, soit mauvais régime, soit insubordination, elles se sont tellement accoutumées à cette indépendance (3) qu'on auroit peine à les soumettre sur cet objet à l'autorité de leur Prieure, qui d'ailleurs, étant ordinairement l'une des plus anciennes religieuses, n'a pas toujours la fermeté qui seroit nécessaire pour sa place.... Il est donc infiniment plus avantageux que le gouvernement de l'interieur de l'Hotel Dieu soit dirigé par des principes invariables et nullement arbitraires....

On pourroit peut être objecter que les religieuses demandent à gouverner l'Hotel Dieu conformement à leurs constitutions, en offrant de suivre exactement les ordonnances des medecins pour la distribution des alimens, elles seront assujetties à des règles certaines. A cela on répond à l'égard des constitutions : 1° Que quelles que choses qu'elles puissent contenir, ce seroit une illusion de la part des religieuses de prétendre les opposer à une administration établie dans l'ordre public, pour gouverner dans toutes ses parties un établissement appartenant à l'Etat ; 2° que dans l'etat actuel les religieuses se dispensent d'executer plusieurs des dispositions de leurs constitutions et se donnent la liberte de faire plusieurs choses qu'elles défendent. Le mémoire remis par l'Administration à M. le Procureur général, et les extraits des medecins qui y sont joints, entrent dans quelques détails à ce sujet. A l'egard des offres des religieuses, de se conformer exactement aux ordonnances des médecins pour la distribution des alimens aux malades, à voir ce qui se passe depuis l'opposition qu'elles ont formée à l'exécution de trois articles du reglement du 15 juillet, *il y a lieu de craindre qu'elles ne soient pas bien sincères*. Ces ordonnances devroient faire leur loi, cependant, elles se croyent par leur opposition tellement dispensées de les executer, que, malgré la présence des chirurgiens qui leur lisent ces ordonnances et qui, temoins de la manière dont elles le suivent, doivent en informer le Bureau, plusieurs d'elles n'y ont aucun égard et font venir des réfectoires ou de l'infirmerie de leur communauté *et achètent même, avec des aumones qu'elles scavent se procurer*, DES ALIMENS QUE LES MÉDECINS N'ONT POINT ORDONNÉS ET QU'ELLES FONT PRÉPARER DANS LES OFFICES DE LEURS SALLES, celles mêmes qui n'en viennent pas jusque-là, ne laissent pas de passer des ordonnances des medecins, en donnant souvent des alimens solides à des malades auxquels ces ordonnances n'en accordent pas. Après cet exposé, on peut juger de la manière dont elles feroient la distribution des alimens, si elles n'avoient aucun temoin capable de les contenir, quelque fut la loi qui les obligeat à la faire, conformément aux ordonnances des médecins, puisque dans plusieurs autres circonstances, elles n'observent pas même ce que leurs vœux exigent d'elles comme religieuses hospitalières (1).

La présence du chirurgien est reconnue indispensable pour empêcher les abus dans les salles. Il est, du reste, facile de contenir ces messieurs dans le respect qu'ils doivent aux religieuses. Les administrateurs n'ont que des félicitations à adresser aux chirurgiens auxquels ils ont donné la mission de surveiller les religieuses. Les plaintes de ces dernières sont une des meilleures preuves de la nécessité de la précaution prise par les règlements.

Il paroitroit par le mémoire des religieuses, qu'elles ne refusent de se soumettre au règlement du 16 juillet que parce qu'il n'est pas homologué, quoique par l'assignation donnée à l'Administration le 12 décembre, elles portent leurs prétentions bien au delà. Mais, 1° la plus grande partie des règlemens faits pour le gouvernement de l'intérieur de l'Hôtel Dieu n'est point homologuée, et les religieuses n'avoient pas cru jusqu'à ce jour que ce fut une raison pour elles de reclamer contre leur execution. 2° Celui du 16 juillet n'est que provisoire, comme le porte la deliberation de l'Assemblée génerale dans laquelle il a ete arrêté.... — (*Reg.* 158.)

L'administration fait entendre que cette loi n'est qu'à titre d'essai, l'importance de la maison et la sagesse de ceux qui la gouvernent ne permettant pas d'imposer au premier abord des règlements sans en avoir fait l'épreuve. « *C'est à la sagesse de l'administration de les peser pour en faire l'usage que* M. le Procureur général *jugera convenable.* »

(*A suivre.*)

Société Hollandaise des sciences de Harlem (année 1888).

Voici les *questions mises au concours* par cette Société qui intéressent les médecins : *a*. Jusqu'au 1er janvier 1889. 1° Recherches sur la structure et l'histoire du développement d'une ou de plusieurs espèces d'animaux invertébrés non étudiées complètement jusqu'ici ; — 2° Flore des phanérogames et des cryptogames vasculaires de la Néerlande ; — 3° Etude scientifique des causes du *bleu* des fromages d'Edam, etc., etc. — *b*. Jusqu'au 1er janvier 1890 : 1° Nerfs cérébraux des serpents ; — 2° Développement de l'allantoïde ; — 3° Innervation des muscles

(1) Le nombre des malades reçus à l'Hotel Dieu en 1787 a été de 20,193, dont 19,354 de la ville et de la campagne et 288 de la Salpêtrière, 146 de Bicêtre et 225 de la Pitié. — Enfants nouveau-nés, 1,507, dont 779 garçons et 728 filles. Sur ce nombre, il est mort 2,215 hommes et 1,236 femmes. Ce document met bien en relief une partie des *abus énormes* qui existaient à l'Hotel-Dieu, *du fait* des RELIGIEUSES AUGUSTINES, que dans une lettre récente M. Desprès représente comme des modèles de toutes vertus. Pour remédier au gaspillage, au vol des aliments, le *Bureau laïque* nomme un *préposé laïque* et réalise en quelques mois des économies sérieuses.

(2) Et M. Desprès prétend que les Religieuses ne changent pas.

(3) Voilà du moins des rapports impartiaux sur les prétendus talents des religieuses pour le soin des malades. Et dire que jusque même durant tout le règne de Napoléon III, nous verrons des rapports de ce genre faits par les médecins, les chirurgiens et les administrateurs des hôpitaux, qui tous se plaindront de l'inhumanité pratique des religieuses, mais que, aucun d'eux n'a eu l'idée d'etudier de près les reformes faites à l'etranger, pour avoir un personnel secondaire, capable et restreint.

(1) Cette desobéissance aux prescriptions des médecins existe encore dans tous les hopitaux confiés aux religieuses. En général pour avoir la paix et la clientèle, les médecins ferment trop souvent les yeux.

du larynx chez les mammifères; — 4° Bactéries de l'eau potable, etc., etc. — Les mémoires doivent être écrits lisiblement en hollandais, français, latin, anglais, italien ou allemand. Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Pr Bosscha, à Harlem. Le prix offert pour chaque question est de 150 florins ou une médaille d'or. Si le travail est très bon, une prime supplémentaire pourra être accordée.

Rapport du comité de recherches collectives de l'Association médicale norvégienne.

Le rapport comprend des statistiques sur les causes du rachitisme, du rhumatisme aigu et subaigu, de la chorée, du cancer, des calculs vésicaux, statistiques établies d'après les réponses faites par un grand nombre de médecins à un questionnaire que leur avait adressé à ce sujet la Société norwégienne. P. S.

L'origine bovine de la scarlatine

L'an dernier dans un Bulletin paru dans le *Progrès* (1), nous avons exposé l'état de la science à cette époque sur ce qui concernait les *microbes de la scarlatine*, et nous terminions par une allusion à l'épidémie de la ferme de Hendon (Angleterre). Nous disions que plusieurs médecins anglais, ayant à leur tête M. le professeur Klein (de Londres), avaient cru devoir conclure à l'identité de la scarlatine humaine avec la maladie qui sévissait alors sur les vaches de cette ferme, et qui se manifestait localement par des ulcérations du pis. Leurs conclusions s'appuyaient :

1° Sur l'examen bactériologique, qui leur avait montré les mêmes bacilles dans les ulcères de ces vaches, et dans les glandes sous-maxillaires des scarlatineux atteints de bubons ;

2° Sur l'identité des lésions obtenues sur des veaux par les inoculations du pus provenant, soit des vaches de Hendon, soit des scarlatineux avérés ;

3° Sur la co-existence de l'épidémie des vaches de Hendon, et d'une épidémie de scarlatine qui sévissait à la même époque sur des individus, se nourrissant du lait venu de ces fermes.

Une contre enquête fut faite par l'Institut bactériologique de King's Collège de Londres, et c'est le rapport de M. le Dr Crookshank (2), président de la commission, que nous allons analyser aujourd'hui. D'abord M. le Pr Crookshank donne le détail des microcoques trouvés dans les ulcérations du pis des vaches de Hendon, et, de son étude il conclut à l'identité de ce bacille avec le streptococcus en chaînette, nommé *streptococcus pyogenus* d'Ogston et Rosenbach. Comme lui, le microcoque de Klein est constitué de cellules sphériques petites, qui tendent à se réunir en chaînettes plus ou moins longues, droites ou ondulées, présentant parfois dans la chaîne un élément plus volumineux. Comme lui, il présente des caractères de culture peu significatifs : il forme sur la gélatine une mince pellicule et ne liquéfie pas la gélatine ; il n'a pas de tendances à proliférer au loin; comme lui, il se développe en colonnes irrégulières sur l'agar agar, enfin il trouble également le bouillon de culture en 24 heures, et y forme, en 48 heures de longues chaînettes de 8, 10, 20 éléments. Le lait où on le cultive, se prend en masse, et inoculé dans l'oreille d'un lapin, y produit en deux jours une vive réaction inflammatoire avec rougeur érysipélateuse. Mais cette similitude des deux virus n'est pas un fait isolé dans la bactériologie. L'examen des microbes, leur isolement, leur inoculation a permis à Babès, à Crookshank, et surtout à Frankel et Freudenberg de reprendre l'idée clinique de Crookshank et de reconnaître que au cours de la scarlatine, on trouve souvent dans la gorge le *streptoccoccus pyogenes*. Crookshank, eut à la même époque à faire une enquête sur une épidémie analogue à celle de Hendon, qui sévissait sur les vaches du Wiltshire; les fermiers, comme ceux de Hendon y regardaient la lésion comme appartenant au *cow-pox*. L'autopsie de deux vaches dans chaque endroit, montra des lésions pleuropulmonaires parfaitement identiques, quelques congestions hépatiques et rénales, sans caractères bien spécifiques, et l'examen microscopique des lésions, ne révéla rien de pathognomonique dans aucun des quatre cas. Des inoculations furent faites à des veaux, avec le pus provenant des ulcérations des vaches de Hendon et des vaches du Wiltshire. Comparativement on fit des inoculations à des veaux, avec des cultures de streptococcus provenant de scarlatineux. Ici les lésions constatées sont intéressantes à relater. Voici l'autopsie du veau n° 1, qui subit une inoculation de culture scarlatineuse. Les ganglions, sont très injectés, d'un rouge foncé, presque noir, tant à l'aine (ganglions de la peau où siégeait l'injection) qu'au cou et dans l'abdomen, et le long de l'aorte et de la veine cave, du médiastin antérieur. Les ganglions injectés, sont ramollis. Ces ganglions rouges, sont le siège d'une hémorrhagie interstitielle, ayant détruit en grande partie le tissu adénoïde. Les poumons congestionnés, hépatisés tombent au fond de l'eau. Le péricarde contient du liquide séreux. Foie rouge, et en quelques points ramolli. Rate grosse, brune, brunie avec des taches noires sous la capsule; congestion des deux reins.

Le veau n° 2 injecté avec le pus d'une vache de Wiltshire, au bout de 36 jours avait de la pleuropneumonie avec des foyers d'infarctus dans le reste des poumons. Les ganglions trachéobronchiques très augmentés de volume. Epanchement péricardique. Les ganglions du médiastin postérieur et du mésentère étaient d'un rouge foncé, augmentés de volume. Rate couverte de taches brunes. Reins fermes et congestionnés. Foie congestionné surtout en plaques.

S'agissait-il, dans ces cas, de bacilles scarlatineux injectés et donnant les mêmes lésions. Mais la question n'est pas soulevée pour les vaches du Wiltshire. Les lésions ne sont nullement caractéristiques de la scarlatine viscérale; au contraire, ne sont-elles pas celles qui sont habituelles dans la septicémie et ne s'agirait-il pas là simplement d'inoculation de septicémie, ainsi que permettrait facilement de le conclure la présence du *streptococcus pyogenus* retrouvé dans le pus des pis de vaches tant d'Hendon que du Wiltshire, et également par Frankel et Freudenberg parmi les bacilles de la scarlatine où il est fréquemment accompagné du *staphylococcus pyogenus aureus*, Ici, le streptococcus ne serait pas la cause de la scarlatine, ce streptococcus produirait des lésions secondaires, deuthéropathiques, pouvant être retrouvées également dans les nombreuses maladies où il pourrait se glisser secondairement au virus causal, pathogène.

C'est à démontrer la fréquence du *streptococcus pyogenus* dans les maladies septiques que Crookshank s'attache ensuite. Il démontre que ce microbe est sans doute le même que Tchleisen a isolé dans l'érysipèle, et il s'appuie dans sa démonstration sur l'identité presque généralement reconnue de l'érysipèle et de la septicémie puerpérale, sur la morphologie du bacille, sur son mode de culture. On le rencontre encore dans la mastite puerpérale, et à propos même de la scarlatine, nous est-il permis de rappeler ici la gravité spéciale de cette maladie dans la puerpéralité? Il démontre que ce bacille a été également retrouvé dans la gangrène humide, dans la fièvre traumatique, dans la diphthérie, la rougeole, dans la variole pemphygoïde, dans les oreillons, l'endocardite infectieuse, la pneumonie, l'empyème, la broncho-pneumonie, la fièvre jaune, la fièvre typhoïde, etc., et dans plusieurs maladies vétérinaires.

De la présence de ce microbe dans tant de maladies, il résulte pour l'auteur cette conviction que Klein n'a pas isolé le microbe de la scarlatine, d'une part; et, d'autre part, que la coexistence du *streptococcus pyogenes* chez les scarlatineux et dans le pus des vaches de Hendon ne prouve pas l'identité de la maladie, puisque c'est là un microbe pour ainsi dire banal, que l'on rencontre secondairement dans la plupart des maladies à forme infectieuse. C'était là une étude longue et importante à analyser, car elle met les bactériologistes en présence d'un terrain déblayé de données fausses en ce qui concerne la scarlatine et son étiologie bovine.

Il faut que de nouvelles recherches soient faites sur ce sujet, et les auteurs ne se trouveront pas en présence d'un fait erroné et regardé comme scientifiquement démontré, ce qui, au point de vue des découvertes, est la plus stérilisante des erreurs. Blanche EDWARDS.

(1) *Progrès médical*, 12 et 20 août 1887. — *Les microbes de la scarlatine.*

(2) *British medical Journal*. 21 janvier 1888. — Furster investigation into the so called Hendon cow disease and its relation to scarlet fever in man; by Dr Edgar Crookshank.

Enfants Assistés de la Seine. — Ferme modèle en Algérie.
M. le Directeur de l'Assistance publique est parti [1] récemment pour l'Algérie, à l'effet de prendre les mesures nécessaires à la création d'une ferme modèle, à Ben-Chikao, destinée à être exploitée par les Enfants Assistés de la Seine. Les terrains sur lesquels va se développer cette fondation, si intelligemment conçue, ont été légués à l'Assistance publique par l'abbé Roudille; l'Etat a ajouté aux 1,500 hectares donnés, 4,000 hectares. La possession de ces deux propriétés sera définitive pour l'Assistance quand fonctionnera la colonie. Le Conseil général de la Seine, vient de voter 300,000 francs pour l'Etablissement de la ferme Ecole où seront envoyés les Enfants Assistés, âgés de plus de 14 ans; il suffira qu'ils en fassent la demande et qu'ils aient toujours eu une bonne conduite. A leur majorité, ils recevront un pécule, constitué par leurs appointements accumulés et un domaine de 10 à 20 hectares, qu'ils auront à exploiter à leur compte.

Il y a longtemps qu'une telle conception a été émise pour la première fois; mais, nous l'espérons aujourd'hui l'on entre décidément dans la voie de la réalisation rapide des projets que nous venons d'exposer. Il y aurait bien quelques remarques à faire, au point de vue de l'acclimatement des enfants, etc.; mais nous reviendrons plus tard sur cette question.

NÉCROLOGIE

M. R. CLAUSIUS (de Bonn).

Un savant, un des hommes les plus illustres de notre époque, qui était en Allemagne un des représentants les plus autorisés des sciences physiques, M. Rudolph Clausius, estimé partout et bien connu en France, vient de mourir le 25 août 1888, à Bonn, où il était professeur de physique à l'Université. Il était âgé de 66 ans.

Né à Koeslin (Poméranie), Clausius étudia à Berlin, où il fut quelque temps privat-docent. D'abord professeur de physique à l'Ecole d'artillerie de Berlin, il fut ensuite appelé à Zurich pour enseigner la même science à la nouvelle Ecole Polytechnique de cette ville. Il resta 10 ans en Suisse, puis revint en Allemagne et fut nommé à Wurzbourg, avant de demeurer définitivement à Bonn.

On lui doit une foule de travaux importants, des plus divers, mais portant surtout sur la nature et les lois de la *chaleur*. Il est l'auteur du second théorème de la théorie mécanique de la chaleur appelé *Théorème de Carnot*, et c'est lui qui lui a donné ce nom. Il est un de ceux qui ont le plus contribué à faire avancer la science sur ce sujet. Ses mémoires ont paru principalement dans les *Annales de Poggendorf*; ceux relatifs à la chaleur ont été réunis en un ouvrage traduit en français: *Théorie mécanique de la chaleur*. Clausius, dont les théories ont été discutées en France par Hirsch, était membre correspondant de l'Institut depuis 1865, dans la section de mécanique, et avait obtenu en 1882 le grand prix Poncelet. M. B.

FORMULES

III. Eczéma de l'anus et des organes génitaux.

III. Lustgarten propose, pour combattre cette [illegible] complication des affections [illegible]termes.

1° Bains de siège chauds et lotions savonneuses.
2° R. Oleate de cocaine. . . . . 0.40 à 1 gr.
Huile d'olive . . . . [illegible] —
Lanoline . . . . 10 —
M. S. A. L. pour onctions deux fois par jour sur la région malade.

IV. Accidents de dentition des Enfants.

IV. Voici une nouvelle application des propriétés anesthésiques de la cocaine pour calmer les douleurs que détermine, chez les enfants, la poussée des dents et en particulier des dents canines. C'est à M. P. Viguier que nous devons la formule suivante:

Chlorhydrate de cocaine. . . . . . . 10.0 centigr.
Sirop simple . . . . 10 gram
Teinture de safran. . . . . X gouttes.
Mêlez.

Faire plusieurs fois par jour des frictions sur les [illegible] [illegible].
La Clinique.

1 Voir *Progrès médical*, n° 36, p. 175.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 2 sept. 1888 au samedi 8 sept. 1888, les naissances ont été au nombre de 1082, se décomposant ainsi: *Sexe masculin:* légitimes, 416; illégitimes, [illegible]. Total, 568. — *Sexe féminin:* légitimes, 380; illégitimes, 134. Total, 514.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881: 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 2 sept. 1888 au samedi 8 sept. 1888, les décès ont été au nombre de 872, savoir: 513 hommes et 359 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes: Fièvre typhoïde: M. 7, F. 10. T. 17. — Variole: M. 2, F. 5, T. 2. — Rougeole: M. 7, F. 10, T. 17. — Scarlatine: M. 1, F. 0, T. 1. — Coqueluche: M. 3, F. 0. T. 3. — Diphthérie, Croup: M. 15 F. 7, T. 22. — Choléra: M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire: M. 114, F. 52. T. 166. — Autres tuberculoses: M. 10. F. 8. T. 18. — Tumeurs bénignes: M. 2, F. 2. T. 4. — Tumeurs malignes: M. 21, F. 32. T. 53. — Meningite simple: M. 16, F. 13. T. 29. — Congestion et hémorrhagie cérébrale: M. 23, F. 13. T. 36. — Paralysie: M. 6, F. 2 T. 8. — Ramollissement cérébral: M. 7, F. 6 T. 13. — Maladies organiques du cœur: M. 27. F. 20. T. 47. — Bronchite aiguë: M. 5. F. 5 T. 10. — Bronchite chronique M. 13, F. 7. T. 20. — Broncho-Pneumonie: M. 4, F. 5. T. 9. — Pneumonie: M. 9. F. 8. T. 17. — Gastro-entérite, biberon: M. 49, F. 44. T. 93. — Gastro-entérite, sein: M. 20, F. 17. T. 37 — Diarrhée au-dessus de 5 ans: M. 4, F. 3. T. 7. — Fièvre et péritonite puerpérales: M. 0, F. 3, T. 3. — Autres affections puerpérales: M. 0, F. 2. T. 2. — Débilité congénitale et vices de conformation: M. 12, F. 6, T. 18. — Sénilité: M. 11, F. 15. T. 26 — Suicides: M. 15, F. 4, T. 19. — Autres morts violentes: M. 10. F. 1. T. 11. — Autres causes de mort: M. 90 F. 59. T. 149 — Causes restées inconnues: M. 10, F. 5, T. 15.

Mort-nés et morts avant leur inscription: 92, qui se décomposent ainsi: *Sexe masculin*: légitimes, 38, illégitimes, 19. Total: 57 — *Sexe féminin*: légitimes, 23, illégitimes, 12. Total: 35.

Universités étrangères. — *Russie*. — M. Lemann, pr[illegible] de pharmacie à Kazan, est nommé professeur de pharmacie à la Faculté de médecine de Tomsk (Sibérie Occidentale). M. Zaleski de Dorpat est nommé professeur de chimie physiologique à la Faculté de Tomsk.

Universités étrangères. *Faculté de médecine de Bonn*. — M. O. Schultze, est nommé privat-docent d'anatomie. — *Faculté de médecine de Vienne*. MM. T. Frühwald et L. Unger ont été nommés privat-docent de pédiatrie. — *Faculté de médecine de Rome*. M. Pagliani, professeur [illegible] d'hygiène à Turin et directeur des affaires sanitaires au ministère de l'intérieur, est nommé directeur de l'École de perfectionnement dans l'hygiène publique, instituée auprès de l'Institut d'hygiène expérimentale.

Universités Allemandes. — *Docteurs en médecine reçus par les Universités allemandes pendant l'année scolaire* 1886-1887. — Les vingt Universités allemandes (il ne s'agit que de l'empire allemand) ont reçu en 1886-87, 847 docteurs en médecine. L'année précédente (1885-86) elles avaient délivré 689 diplômes. En France, les six Facultés de médecine avaient reçu [illegible] docteurs en 1885-86 et 621 en 1886-87.

Asiles d'aliénés de la Seine. — Par décret rendu en conseil d'État, le service de la recette et de la dépense des Asiles publics d'aliénés du département de la Seine sera désormais confié à un receveur unique, qui prendra le titre de receveur des Asiles publics d'aliénés de la Seine. Ce fonctionnaire remplira, en cette qualité, les fonctions prévues par la loi du [illegible] 1838, c'est-à-dire celles d'agent comptable pour les [illegible] se [illegible] non interdits.

Asile pour les enfants idiots. — M. le Dr Gadaud a demandé au Conseil général d'inviter l'Administration préfectorale à transmettre au ministre compétent un vœu tendant à la création, dans la Dordogne, d'un asile pour les enfants idiots ou aliénés, et à fournir au Conseil général, dans sa prochaine session, les éléments nécessaires à l'[illegible] et définitif.

Ces conclusions ont été adoptées à l'unanimité.

Appareil pour les [illegible] des crachats tuberculeux. — On vient d'installer à l'[illegible] un appareil destiné à la désinfection [illegible] des services où il y a des tuberculeux. Il paraîtrait que [illegible] les hôpitaux seraient [illegible].

Étuves à désinfection. — [illegible] d'étuves [illegible] à désinfection [illegible] par plusieurs conseils généraux, notamment par ceux des Alpes-Maritimes, de l'Aude, du Lot-et-Garonne, de la Loire-Inférieure et de la Seine-Inférieure.

Empoisonnement involontaire. — Un effroyable malheur, résultat d'une erreur commise par un pharmacien, vient d'arriver à Propriano (Corse). Il y a quelques jours, le nommé Xavier Valli, charretier à Propriano, de passage à Sartène se présentait à la pharmacie Rocaserra et demandait de la santonine pour ses enfants. Le pharmacien était en tournée pour l'inspection des pharmacies et drogueries de l'arrondissement. Son remplaçant, se trompant sans doute de bocal, au lieu du vermifuge demandé, donna de la strychnine. Jeudi, vers dix heures du soir, la dame Valli fit dissoudre le remède dans du lait et commença à l'administrer à ses cinq enfants. Les trois premiers absorbèrent leur dose ; le quatrième, âgé de onze ans, trouvant la potion désagréable à prendre, se débattit tellement qu'il renversa ce qui restait. Le pauvre garçon sauva la vie, sans s'en douter, au cinquième enfant, une fillette de treize ans qui seule échappa à une mort certaine. Les quatre autres, malgré une médication prompte et énergique, sont morts dans d'horribles souffrances, à quelques heures d'intervalle. Une souscription a été ouverte pour couvrir les frais des funérailles et venir en aide aux besoins de la famille. Le père, la mère et la sœur des victimes sont dans un état de prostration impossible à décrire (*Radical*, 4 septembre 1888).

Erratum. — C'est par erreur que dans notre avant dernier numéro la correspondance sur les cultes d'athènes de Marseille, se trouve signé Dr Remy, il faut lire Dr Rey.

Falsification de l'huile de foie de morue. — D'après la *Rev. intern. des Sc. Méd.*, il y aurait aux environs de Paris des industriels qui font de l'huile de foie de morue avec des *poissons pourris*, des mollusques trop vieux pour être mangés et jetés aux ordures aux Halles centrales.

Fièvre jaune. — A la date du 3 septembre. — La fièvre jaune continuait de sévir à Jacksonville (Floride). Le nombre total des cas jusqu'à présent constatés s'élève à 234, celui des décès à 32, celui des malades actuellement en traitement à 112. On réclame des infirmières et des secours en vivres et en argent. La ville est en quarantaine ; les habitants discutent les moyens de s'enfuir.

Hôpitaux de Bordeaux. — Un concours, pour la place de médecin résidant à l'hôpital Saint-André, s'ouvrira le mardi 4 décembre 1888. Ne seront admis à concourir que les docteurs en médecine, ayant au moins deux années de doctorat, et les anciens internes des grands hôpitaux, ayant une année au moins de doctorat. Les inscriptions seront reçues, jusqu'au lundi 5 novembre inclusivement, au secrétariat de l'administration des hospices, cours d'Albret, 91.

Hôpitaux de Lyon. — Un concours, pour une place de médecin des hôpitaux, s'ouvrira le lundi 18 mars 1889.

Hôpitaux de Paris. — Internat en pharmacie. — Les examens des concours entre les internes en pharmacie des hôpitaux de Paris viennent d'être terminés. Le jury a décerné les récompenses suivantes : Médaille d'or : M. Guerbert, interne à l'hôpital des Enfants Malades. Médailles d'argent : M. Viel, de l'hôpital de la Charité ; M. Boutron, interne à l'hôpital La Rochefoucauld. M. Glaise, interne à l'Hôtel-Dieu. Des médailles de bronze, récompenses des années de services rendus dans les hôpitaux, ont été décernées aux internes dont les noms suivent : M. Guerbet, à l'hôpital des Enfants-Malades ; M. Maudin, interne à l'hôpital Andral ; M. Chenay, interne à la Maternité ; M. Dufour, interne à la Maternité ; M. Rochard, interne à l'hôpital Lariboisière ; M. Cavaroz, interne à l'hôpital Saint-Louis ; M. Macquaire, interne à l'hôpital des Incurables.

Incendie d'un établissement thermal. — L'établissement thermal de Salies a brûlé dans la nuit du 7 au 8 septembre ; les murs seuls sont debout. Les cabines inférieures de l'établissement, en partie sous terre, ont été préservées ; des centaines d'ouvriers déblayant le sol sont occupés à rechercher les conduits de la canalisation, et on pourra très promptement donner des bains dans l'établissement même dont l'aspect est désolant. Les causes de l'incendie sont naturellement inconnues. A deux heures du matin, au sortir du Casino, quelques baigneurs aperçurent, s'élevant de l'établissement, des flammes blanchâtres et personne n'avait bougé. A quatre heures tout était brûlé. Non pas tout, car d'immenses bûchers, des milliers de grands et gros fagots se dressent à deux mètres de l'établissement, prêts à alimenter la fabrication du sel. Ils auraient pu être la proie du feu, mais heureusement le vent soufflait des régions de l'Est, autrement la ville eut été brûlée. (*Figaro*, 9 septembre 1888.)

Inspection des eaux minérales. — Le Conseil général des Hautes-Pyrénées a émis un vœu tendant à la suppression de la fonction de médecin-inspecteur des eaux minérales.

Jouets d'enfants et substances toxiques. — Le préfet de police a défendu récemment de colorer ces objets avec la plupart des couleurs arsenicales, avec celles à base de plomb, de mercure, de cuivre même, etc.

La prostitution a Kazan. — Dans la « *Revue du gouvernement de Kazan pour l'année* 1887 ». On trouve des données assez intéressantes sur la prostitution à Kazan : le nombre de maisons de tolérance était de 28 avec 269 femmes ; en outre, il y avait 259 femmes solitaires exerçant sous l'inspection de la police et 119 arrêtées pour exercice clandestin. Donc, 528 prostituées légales (78 pour 100) et 119 clandestines (22 pour 100), ce dernier chiffre étant évidemment de beaucoup au dessous de la vérité. De la totalité des prostituées (647), 497 (76 pour 100) étaient atteintes de maladies vénériennes : en autres termes, un habitant de Kazan qui a des relations avec les prostituées risque de contracter une maladie vénérienne avec la probabilité de 7 à 10. Parmi les formes des maladies vénériennes la place d'honneur appartient à la syphilis : 59,8 pour 100 ! Parmi les 269 femmes qui habitent les maisons de tolérance, le nombre de malades était de 156 (58 pour 100), tandis que parmi les 119 clandestines il était de 65 (54,6 pour 100) (*Wratch*, 18 août 1888).

L'Alcool en Russie européenne. — En 1887 on a fabriqué en Russie de l'alcool pour 54,370,692 roubles (1 rouble = 2 fr. 50 cent). De cette énorme quantité, 13 pour cent seulement a été exporté à l'étranger et 3 pour 100 employé pour des besoins de fabrication ; le reste, 84 pour 100, a été consommé en Russie. On a donc avalé de ce terrible poison pour 45 millions de roubles sans compter le vin, la bière et les liqueurs !... (*Wratch*, 18 août 1888).

La responsabilité des médecins et des pharmaciens. — Un médecin qui se trompe dans son ordonnance et un pharmacien qui délivre la potion prescrite par erreur, sont-ils coupables, en cas d'accident, d'homicide par imprudence ? Telle est la question que le tribunal de Châteaudun vient de résoudre affirmativement. Le Dr Fleury soignait un sieur Landier, alors à l'hospice de Cloyes et atteint d'une maladie de poitrine. Par suite d'une erreur des plus regrettables, le médecin qui traitait son malade par le sulfate neutre d'atropine, poison des plus violents, rédigeait, à la date du 16 mars, une ordonnance par laquelle il prescrivait une potion composée de un gramme de ce sulfate et de 100 grammes de véhicule. Le pharmacien Bossuges prépara et délivra la potion. Landier, ayant absorbé trois grammes du médicament, mourut trois jours après, empoisonné. Devant le tribunal de Châteaudun, le médecin a déclaré que dans son ordonnance il avait écrit par erreur : *un gramme* au lieu d'un centigramme qu'il voulait prescrire. Quant au pharmacien, il a allégué pour sa défense que, s'il a exécuté l'ordonnance, bien que la dose d'atropine lui eût paru fort anormale, c'est que le médecin avait l'habitude d'exagérer quelque peu les doses dans l'emploi des toxiques. Le Dr Fleury a été condamné à 200 francs d'amende et le pharmacien Bossuges à quinze jours de prison et 400 francs d'amende.

Sanatorium de Banyuls. — Dans la séance du 23 août, M. Niel, devant le Conseil général de la Haute-Garonne, a lu un rapport tendant à voter un crédit de 3 000 fr. pour le sanatorium de Banyuls : les conclusions de ce rapport ont été adoptées par le Conseil général.

Statue au Dr Guépin. — Récemment a eu lieu à Pontivy (Morbihan) l'inauguration de la statue du Dr Guépin (de Nantes). Subvention du Ministère des beaux-arts, 3,000 francs. A peu près ignoré à Paris, Guépin a laissé un souvenir ineffaçable dans toute la région de l'Ouest, où il était connu, non seulement comme ophthalmologiste de haute volée, mais aussi comme un libre penseur et un ami des pauvres. Un monument lui a été élevé déjà au cimetière de Nantes par la démocratie nantaise.

Subvention a l'œuvre de la tuberculose. — Le Dr Voraillon a demandé au Conseil général de Maine-et-Loire de voter la somme de 100 fr. pour l'œuvre de la tuberculose.

Cette demande étant appuyée par les quatre conseillers républicains, les onze conseillers non républicains l'ont repoussée. — Le Conseil général des Vosges a voté un crédit de 800 fr. pour favoriser les travaux de l'Œuvre de la tuberculose et pour rendre hommage à M. Villemin, originaire de ce département, qui s'est le premier occupé de travaux expérimentaux sur cette maladie.

Suicide d'un chien. — Le *Petit Marseillais* du 2 septembre 1888 affirme le fait suivant qui aurait eu lieu à Mont-Richard (Loir-et-Cher). Un chien de meute, de forte taille, errant, fut recueilli dans une maison hospitalière et bien traité. Pendant huit jours, ce chien, dont on rechercha en vain le maître, fit de courtes absences. Une première fois, l'absence fut plus longue : il rentra le lendemain et fut bien reçu. Bientôt, deuxième fugue ayant duré huit jours. Au retour, on le reçut..... à coups de fouet. La pauvre bête trouva sans doute la correction imméritée, car elle repartit aussitôt après, alla droit à la rivière, et, en présence de plusieurs

personnes qui se trouvaient là, entra resolument dans l'eau et se noya sans rien faire pour se sauver. Le suicide étant un acte essentiellement volontaire, disent les physiologistes, on doit en conclure, si cette histoire est vraie, que la volonté existe chez le chien. Leur nature n'est donc pas toute passive. Si un chien peut se jeter à l'eau parce qu'il existerait un danger pour l'homme qui va se noyer, il faut bien admettre que le même animal a l'instinct du même danger pour lui-même. A rapprocher des fameux suicides des scorpions, lequel est mis en doute. (M. B.).

Un conflit entre les médecins et le conseil d'administration de l'hôpital de Saint-Chamond. — Au mois de mai dernier, les médecins et chirurgiens de l'hôpital de Saint-Chamond ont donné leur démission collective, basée sur ce fait que l'économe, approuvé d'ailleurs par le président de l'Administration hospitalière, avait permis aux malades (et cela malgré la défense des chefs de service) de sortir les 6 et 13 mai pour aller prendre part au vote pour les élections municipales. En attendant une décision définitive de la Commission administrative, les médecins et chirurgiens continuèrent leur service, et l'économe, auteur du conflit, fut renvoyé. Après deux mois d'attente, les médecins préviennent l'Administration que leur situation ne peut durer plus longtemps. Celle-ci répond par l'acceptation de leur démission, et nomme médecin titulaire le docteur Fabreguettes, son président et maire de Saint-Chamond, âgé de 65 ans, et confie pour dix ans la place de chirurgien à M. le Dr Charrin, ancien médecin titulaire. Les suppléants sont supprimés. M. Charrin, se déclarant solidaire de ses collègues, refuse, et l'Administration est à la recherche d'un chirurgien qui veuille bien accepter de ses mains une fonction qu'il conservera peut-être jusqu'au renouvellement du Conseil municipal. L'Administration hospitalière, si elle s'était exclusivement préoccupée de l'intérêt des malades, eût rendu à leurs services des hommes froissés dans leur dignité, et dont l'autorité avait été méconnue par l'agent de l'Administration. Ce conflit entre administrateur et médecins constitue un argument de plus en faveur du vœu récemment exprimé par l'Association générale des médecins du Rhône, à savoir : la mise au concours de toutes les places de médecin d'hôpital. La Commission administrative, en nommant médecin son président, qui est à la fois conseiller municipal et maire de Saint-Chamond, a réalisé, sans s'en douter peut-être, une économie dont vont bénéficier les contribuables. De par plusieurs arrêts du Conseil d'Etat, il y a incompatibilité entre les fonctions de médecin, rétribuées par le budget municipal et celle de conseiller municipal. Il y a plus, il ne suffit pas de ne point toucher le traitement pour faire cesser l'incompatibilité, mais il faut encore formuler une renonciation formelle à ce traitement. (L'*Union Médicale*, n° 108, 1888).

Un drame a l'hôpital. — Une scène émouvante s'est passée, lundi 3 septembre, après-midi, à l'hôpital Saint-Antoine. On venait d'apporter sur une civière un homme blessé mortellement. Mme Maintenant, une des surveillantes de l'hôpital, s'était approchée pour s'informer de l'état du malheureux blessé, lorsqu'elle poussa soudain un cri terrible : c'était son mari qui était étendu mourant sur la civière ! Employé chez un marchand de grains de la rue de Reuilly, Maintenant, tout en causant avec un ami dans un magasin situé au troisième étage, s'était appuyé contre une porte d'aération maintenue par une simple traverse en bois. Celle-ci s'était rompue et Maintenant, précipité dans le vide, était venu s'écraser sur la chaussée. Quelques minutes après son arrivée à l'hopital Saint-Antoine, le malheureux est mort dans les bras de sa femme éplorée.

Vaccinations et revaccinations. — Le Conseil général de Maine-et-Loire a voté un crédit de 800 francs pour remplacer le vaccin bras à bras par le vaccin de génisse du Grand-Pressigny (Indre-et-Loire),

Nécrologie. — M. le Dr Gaillard (de Bourgagneuf). — M. le Dr Dardier, décédé au Zambèze. — M. le Dr L. von Langer, privat-docent à la Faculté de médecine de Vienne. — M. le Dr Falnières, professeur d'ophthalmologie à la Faculté de Bucharest. — Dr Bonnans (père), maire de Les Cabannes (Ariège), conseiller général. — On nous annonce de Lausanne la mort du Dr Challand, directeur de l'asile des aliénés à Céry. M. Challand avait été interne à la Pitié et à Bicêtre, où il se forma, comme aliéniste, sous la direction de Legrand du Saulle. Quand la guerre franco-allemande éclata, il entra avec plusieurs autres chirurgiens suisses, dans l'ambulance dirigee par le Dr Trélat. Il fit la campagne de Sedan. Puis, relâché conformément à la convention de Genève, il fut attaché à l'armée de la Loire, qu'il ne quitta qu'à la fin de la campagne. Alors il reprit à Paris ses devoirs d'interne et y passa, sous la Commune, des semaines très mouvementées dont il aimait à raconter les incidents. En 1872, M. Challand rentra à Lausanne pour y pratiquer son art. Il s'était fait une belle clientèle, quand le conseil d'Etat l'appela à la direction de l'asile de Cery, où il a rendu les plus grands services.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès médical.

Baratoux. — **La maladie de l'Empereur Frédéric III.** Brochure in-8 de 31 pages. - Prix: 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 70 cent.
Pampoukis (P.-S.) et Chomatianos (S.-N.). — **Recherches cliniques et expérimentales sur l'hémosphérinurie quinique.** Brochure in-8 de 12 pages. — Prix : 0 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . . . 35 c.
Pison (V.). **De l'asymétrie fronto-faciale dans l'épilepsie.** Brochure in-8 de 71 pages. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés . . 1 fr. 20.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

Charpentier (A.). — La lumière et les couleurs au point de vue physiologique. Volume in-18 de 352 pages, avec 21 figures.— Prix. . . . . 3 fr. 50
Couvreur (E.). — Le microscope et ses applications à l'étude des végétaux et des animaux. Volume in-18 de 350 pages, avec 112 figures. — Prix . . . . 3 fr. 50
Garnier (L.). — Ferments et fermentations. Etude biologique des ferments, rôle des fermentations dans la nature et dans l'industrie. Volume in-18 de 318 pages, avec 65 fig.— Prix. 3 fr. 50
Macé (E.). — Traité pratique de bactériologie. Volume in-18 de 711 pages, avec 173 figures. — Prix. . . . . . 8 fr.

Librairie E. DENTU, 3, place de Valois.

Mackenzie (M.). — Hygiène des organes de la voix. Manuel pratique à l'usage des chanteurs et des orateurs. Traduit d'après la 3e édition anglaise par les Drs Brachet (L.) et Coupard (G.). Volume in-8° de 229 pages.

Jappelli (G.), Manfredi (L.) et Boccardi (G.). Sul fermento inversivo nell'organismo animale. Richerche fisio-batteriologiche. Brochure in-4° de 71 pages. — Napoli, 1888. — Accadémia delle scienze fisiche matematiche.

Librairie LECROSNIER et BABÉ, place de l'Ecole-de-médecine.

Chipault. — Note sur deux cas de lymphangiome ganglionnaire (adénolymphocèle). Brochure in-8° de 19 pages.

Librairie G. MASSON, 120, boulevard St-Germain

Bertillon (G.). — Résultats statistiques du dénombrement de 1886 pour la ville de Paris et le département de la Seine, et renseignements relatifs aux dénombrements antérieurs. Volume in-4° de 872 pages. — Prix : 6 fr.
Doyon (A.). — Une visite à l'hôpital des lépreux de Scutari. Brochure in-8° de 4 pages.

Librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne.

Callias (H.). — De l'importance de l'hygiène dans la tuberculose. — Projet d'association pour l'étude des moyens et leur application à l'extinction de la tuberculose. Brochure in-8° de 16 pages

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VIII. N° 38 BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 22 SEPTEMBRE 1888.

Le Progrès Médical

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

M. P. BUDIN, professeur agrégé.

De l'évolution spontanée. Présentation du dos.

Leçon recueillie par E. BONNAIRE.

Il y a trois jours, plusieurs d'entre vous ont assisté ici à un accouchement qui s'est effectué dans des conditions singulièrement intéressantes. Une femme nous a été amenée du dehors, à une période avancée du travail, avec une présentation du tronc, et l'expulsion du fœtus s'est accomplie sans qu'on ait eu à intervenir. Ce mode d'accouchement, très rare quand il s'agit d'enfants arrivés au terme ou près du terme de leur développement, a reçu le nom d'évolution spontanée. En raison même de sa rareté, ce fait mérite notre attention, il la mérite encore parce qu'il nous entraînera à quelques considérations pratiques sur le mécanisme de l'accouchement, il la mérite enfin parce qu'il s'est accompagné de particularités remarquables qui avaient leur source dans une véritable anomalie de présentation du tronc.

Avant d'aborder par le détail la description du fait clinique dont il s'agit, et afin de vous mettre à même de mieux apprécier en quoi il s'est montré anormal, je dois vous rappeler brièvement en quoi consiste l'évolution spontanée. Le mécanisme en est, aujourd'hui, parfaitement connu; vous en trouverez la description dans vos livres classiques, mais c'est là une acquisition relativement récente. Comme ce sujet a donné lieu à un certain nombre de discussions, il me semble intéressant de tracer à grands traits devant vous l'historique de la question.

Vous savez qu'on donne le nom de présentation, à la région fœtale qui est en rapport direct avec le détroit supérieur, ou qui s'engage la première dans l'excavation pelvienne. Le fœtus, dont les parties rassemblées forment un ovoïde, peut se mettre en rapport avec le détroit supérieur par une de ses deux extrémités, ou être placé transversalement. Il y a cinq présentations. L'extrémité céphalique fournit deux présentations : celles du sommet et de la face, suivant que la tête est fléchie ou défléchie; l'extrémité pelvienne en forme une troisième; les deux dernières nous sont données par le tronc, ce sont : la présentation de l'épaule droite et la présentation de l'épaule gauche, du nom de la partie du plan latéral qui tend à s'engager la première.

La terminaison spontanée de l'accouchement est de règle lorsque le fœtus se présente par l'une ou l'autre de ses extrémités; elle devient une exception, quand il s'agit d'une présentation de l'épaule.

Les anciens accoucheurs qui n'avaient pas à leur disposition les ressources de l'art que nous possédons aujourd'hui, non seulement considéraient, dans ce dernier cas, l'accouchement spontané comme impossible, mais encore attribuaient à la présentation de l'épaule un pronostic fatal, tout au moins pour le fœtus dont ils ne savaient opérer l'extraction que par le morcellement. Grâce à Ambroise Paré et à Guillemeau, qui rénovèrent la version podalique par manœuvres internes, oubliée depuis Celse, la gravité du pronostic se trouva très atténuée. Mais jusqu'à la fin du siècle dernier, on n'en considéra pas moins comme un point de dogme absolu que, dans la présentation de l'épaule, si la version est impraticable, la sortie du fœtus, par les voies naturelles, est chose impossible sans le secours de l'embryotomie.

C'est à A. Denman, de Londres, qu'on dût la connaissance de plusieurs faits d'accouchements spontanés dans la présentation de l'épaule. Appelé, en 1772, auprès d'une femme dont le travail avait duré toute la nuit précédente, il constata que le fœtus était placé transversalement et que l'épaule était descendue jusqu'au plancher périnéal. Avant son arrivée, on avait cherché à pratiquer la version, mais les contractions étaient si fortes qu'on n'avait pu introduire la main dans l'utérus. Pensant que le fœtus était petit et qu'il pourrait passer plié en double à travers le bassin, il attendit. L'enfant sortit en effet, mais, dit Denman, « je fut très surpris de voir que le siège et les membres inférieurs étaient expulsés avant la tête comme si, dans ce cas, il y avait eu primitivement une présentation de l'extrémité pelvienne. » Denman observa par la suite d'autres cas semblables; l'accouchement avait eu lieu par évolution spontanée, telle est du moins l'expression qu'il employa.

Voici l'explication qu'il proposa de ces faits. « Quant à la façon dont cette évolution a lieu, je suppose qu'après l'action longtemps continue de l'utérus, le corps de l'enfant se trouve tellement compact qu'il subit toute la pression de chaque nouvelle contraction. Le corps, plié en deux, est trop volumineux pour traverser le bassin, et l'utérus agit sur son extrémité inférieure; cette dernière, qui est la seule partie capable d'être mise en mouvement, descend graduellement; au fur et à mesure qu'elle s'abaisse, elle laisse dans la cavité de l'utérus qui vient d'être évacué de la place pour une autre partie, jusqu'à ce que le tronc tournant pour ainsi dire autour de son axe propre, le siège de l'enfant se trouve expulsé comme s'il y avait eu une présentation primitive de l'extrémité pelvienne. »

La possibilité de l'accouchement spontané dans les cas de présentation de l'épaule était un fait désormais acquis à la science et l'expression d'*évolution spontanée* était créée. Mais le mécanisme invoqué par Denman fut bientôt critiqué par Douglas (1811) qui en nia même la réalité; après avoir observé quelques faits d'expulsion spontanée, voici l'explication qu'il donna.

Sous l'influence des contractions utérines, l'épaule et le thorax s'engagent dans l'excavation; à chaque douleur ils descendent davantage, jusqu'à ce que les côtes, qui correspondent au côté du bras procident, appuient sur le périnée et lui donnent une forme semblable à celle qu'il prend, sous la pression du front, dans l'accouchement normal. A ce moment, non seulement le bras mais encore l'épaule tout entière se trouvent au dehors, et la clavicule est sous l'arcade pubienne. De nouvelles contractions poussent de plus

en plus les côtes qui apparaissent à l'orifice externe comme le vertex dans l'accouchement par le sommet; la clavicule pivote sous le pubis et gagne sa face antérieure tandis que l'acromion se dirige vers le mont de Vénus. La partie inférieure du plan latéral appuie sur le périnée, que le siège soit descendu dans la concavité du sacrum ou qu'il soit encore au niveau du détroit supérieur, prêt à pénétrer dans l'excavation; avec quelques nouveaux efforts de l'utérus, le reste du tronc et l'extrémité pelvienne sont expulsés.

Vous pouvez comprendre maintenant la différence capitale qui existe entre le mécanisme invoqué d'abord par Denman et celui qui fut ensuite exposé par Douglas. Pour Denman, l'extrémité pelvienne, en descendant, laisse un vide dans la cavité utérine et l'épaule remonte au dessus du détroit supérieur pour remplir ce vide. Pour Douglas, au contraire, l'épaule primitivement située derrière le pubis s'enfonce de plus en plus dans le bassin et vient faire saillie sous l'arcade pubienne, autant que l'élongation du cou lui permet de le faire; elle tourne autour du bord inférieur de la symphyse et on voit les différentes parties du tronc du fœtus se dérouler successivement à l'extérieur.

Les deux mécanismes sont donc absolument différents; ils ont néanmoins été désignés d'abord sous un même nom, celui d'évolution spontanée : de là une confusion dans les termes qui déterminait facilement une confusion dans les idées.

Dans le mécanisme invoqué par Denman, on voit en réalité une présentation de l'épaule disparaitre et donner lieu à un accouchement par le siège. Or, comme en obstétrique on a l'habitude de désigner sous le nom de version la substitution d'une présentation à une autre présentation du fœtus, le mécanisme décrit par Denman, est aujourd'hui appelé par tout le monde une *version spontanée*. La dénomination d'*évolution spontanée* est au contraire réservée au mécanisme formulé par Douglas.

Sans vouloir mettre en parallèle l'importance des travaux de Denman et de Douglas, on peut dire cependant que, si le premier de ces auteurs a eu le mérite incontestable de montrer que l'expulsion spontanée n'était pas impossible dans les cas où le fœtus est placé transversalement, l'autre nous a fait comprendre le mécanisme habituel de l'accouchement dans les présentations persistantes de l'épaule. Tous deux ont du reste tiré de leurs travaux des conclusions absolument différentes au point de vue pratique. Tandis, en effet, que Denman, trop confiant dans les ressources de la nature et séduit par les faits qu'il avait observés, conseillait la désastreuse conduite d'abandonner à elles-mêmes les présentations de l'épaule dans les cas où la version est impraticable, Douglas recommandait au contraire, en pareille circonstance, de recourir judicieusement à l'art et de seconder les forces insuffisantes de la nature en aidant à l'évolution du fœtus. On peut, dit-il, obtenir ce résultat en ouvrant le thorax ou l'abdomen ou ces deux parties à la fois, afin de diminuer le volume du tronc du fœtus; l'expulsion peut alors avoir lieu plus aisément, elle peut être encore hâtée si on applique un crochet sur le siège du fœtus et si on l'aide ainsi à descendre. Douglas insiste même davantage, il proteste contre la doctrine qui recommande de placer au hasard l'instrument sur une partie quelconque du fœtus, celle qui est la plus rapprochée. Si le médecin prend point d'appui sur les cotes supérieures, il pourra déployer une force herculéenne, mais il n'entrainera pas le tronc à moins qu'il ne le sépare de la tête qui reste au dessus du pubis. Il faut donc, dans ces cas, appliquer l'instrument sur le siège même du fœtus; en agissant ainsi, on imite le mécanisme naturel. Voici, vous le voyez, parfaitement exposé, le manuel opératoire de l'évolution forcée. Nous n'avons rien à changer aujourd'hui à la description si précise de Douglas.

A la suite des publications de Denman et de Douglas, beaucoup d'observations d'accouchement spontané dans la présentation de l'épaule prirent place dans la littérature médicale. Une des plus importantes et des plus célèbres fut celle que Velpeau recueillit à l'hôpital des Cliniques, en 1825. Une femme secondipare et en travail fut amenée à dix heures du matin avec une présentation de l'épaule gauche, en position acromio-iliaque droite. Les membranes se rompirent à trois heures de l'après-midi. Sans tenter la version podalique, Velpeau, imbu de la doctrine de Denman, abandonna de propos délibéré l'accouchement à lui-même et le succès répondit à cette conduite que nous considérerions assurément aujourd'hui comme téméraire. Mais, et là n'est pas le moindre intérêt du fait de Velpeau, ce ne fut pas le siège qu'on vit apparaitre à la vulve, mais l'extrémité céphalique fléchie. Les contractions utérines se succédant, l'épaule qui se présentait commença à se porter vers la fosse iliaque gauche, et on put suivre pas à pas, en quelque sorte, le mouvement de glissement de la tête de haut en bas : l'oreille fut sentie dans l'aire du détroit supérieur, le vertex s'engagea et l'accouchement s'effectua comme dans la présentation primitive du sommet.

Ainsi donc, à côté de la version pelvienne spontanée de Denman, survenant alors que l'épaule est profondément engagée (on a nié la possibilité de ce mécanisme à cette période du travail), voici un fait très net, dû à Velpeau de version céphalique spontanée s'accomplissant au détroit supérieur.

Il me reste à vous citer, pour terminer cet historique, un nom qui doit y occuper une place importante, c'est celui de Paul Dubois. Si cet éminent maitre n'eût à découvrir ni l'évolution ni la version spontanée, il eut du moins le mérite de compléter, de parfaire la description donnée par Douglas.

En 1841, dans une leçon publiée par la *Gazette des Hôpitaux*, il fit en ces termes l'exposé de l'évolution spontanée :

« Après la rupture des membranes, le premier effet des contractions utérines c'est le pelotonnement du fœtus; celui-ci se moule dans la cavité contractile dans laquelle il est contenu. Puis, les contractions continuant avec énergie, l'épaule s'engage dans la filière du bassin; alors le pelotonnement du fœtus est plus considérable; l'épaule arrive au détroit inférieur sur le plancher du bassin. Là, le fœtus subit un mouvement de rotation qui place l'épaule sous les pubis, alors le bras se dégage hors de la vulve. Dans le mouvement de rotation, la tête s'est trouvée portée au-dessus du pubis.

« Si l'on suppose maintenant des contractions énergiques, celles-ci engagent le fœtus dans l'excavation du bassin. C'est alors qu'il existe la plus grande analogie entre ces positions et celles du sommet. En effet, quand la tête a subi son mouvement de rotation, l'occiput serait représenté par l'épaule, et le reste du sommet par la partie latérale du tronc. L'on verra donc se dégager le coté de la poitrine, le côté proprement dit, les hanches. puis les fesses; mouvement qui offre la plus grande analogie avec le mouvement d'engagement de la tête dans la présentation du sommet. »

Paul Dubois avait déjà comparé l'accouchement par la face à l'accouchement par le sommet ; il avait comparé l'accouchement par le siège à l'accouchement par le sommet et par la face ; il a aussi comparé, nous venons de le voir, l'accouchement par l'épaule, lorsqu'il y a évolution spontanée, à l'accouchement par le sommet. Embrassant d'un coup d'œil général le mécanisme de l'accouchement, il fait voir dans une admirable synthèse que, quelle que soit la présentation et la position, l'expulsion du fœtus obéit à des lois immuables et s'exécute suivant une succession toujours identique de phénomènes mécaniques. La publication de plusieurs de ses leçons en fait foi. En effet, dès 1834, il écrivait : « Les présentations du sommet et de la tête étant celles qui s'offrent le plus souvent à l'observation, c'est par elles que nous commençons la description du mécanisme de l'accouchement naturel. Nous l'étudierons ensuite dans la présentation de la face, puis dans celle de l'extrémité pelvienne ; nous vous exposerons enfin les lois qui régissent encore l'expulsion spontanée du fœtus quand elle a lieu dans les présentations du tronc. »

Et si le moindre doute pouvait rester dans l'esprit sur ce sujet, en 1841, après avoir défini les diverses présentations et avoir indiqué comment on arrive pour chaque présentation à établir les positions et à désigner, sous les noms de position occipito-iliaque droite ou gauche, mento-iliaque, sacro-iliaque, scapulo-iliaque droite ou gauche, il ajoute : « Maintenant il est une remarque importante à faire ; dans toutes ces positions, l'accouchement est possible spontanément, ce qui ne veut pas dire que dans toutes il soit également heureux. Dans l'étude de chacune d'elles en particulier, l'on verra des lois si régulières qu'il suffira de les connaître dans une pour les pressentir dans les autres. »

Cette unification du mécanisme de l'accouchement n'a pas peu contribué à en rendre l'étude simple et facile.

En résumé, lorsque l'enfant se présente par l'épaule, l'accouchement ne peut généralement avoir lieu ; voilà le fait capital qu'il ne faut pas oublier. La mère et le fœtus courent les plus grands risques si on n'intervient pas.

Quelquefois cependant, dans des conditions particulières, l'accouchement se termine sous l'action des seules forces de la nature, soit par *version spontanée* (Denman) pelvienne ou céphalique, soit par *évolution spontanée* (Douglas). Le mécanisme de l'évolution spontanée dans les présentations de l'épaule est absolument comparable au mécanisme de l'accouchement dans les autres présentations, il rentre dans la loi générale (Paul Dubois). *(A suivre).*

Association britannique des sciences. — La réunion de cette association a eu lieu cette année à Bath, le 6 septembre. Le président sir Frédéric Bramwell a prononcé un discours ayant trait aux travaux publics de grande envergure. Le seul français qui assiste à ce Congrès des savants anglais est M. Janssen, président actuel de l'Académie des sciences. A la section de mécanique, M. Gouraud doit faire une importante communication sur le Phonographe.

Distinctions honorifiques. *Légion d'honneur.* — M. Didiot, médecin inspecteur général, président du comité technique de santé, est nommé grand officier de la Légion d'honneur.

Histologie. — Le conseil de la *Royal Microscopical Society* a décidé que désormais on emploierait le mot *Micron* pour désigner le Micromillimètre ou millième de millimètre : le mot fameux si désagréable aux oreilles de Robin est désormais remplacé.

PATHOLOGIE NERVEUSE

Un cas de pied-bot double congénital, avec malformations multiples,

Par Alexandre PILLIET, interne des hôpitaux, aide-préparateur d'histologie à la Faculté.

La dégénérescence héréditaire s'accuse surtout par des tares nerveuses ; l'instabilité mentale, l'hystérie, l'épilepsie idiopathique, l'idiotie et différentes formes d'aliénation. A côté de ces signes intellectuels se placent les stigmates physiques héréditaires ; flaccidité des muscles, irrégularité des dents, prognathisme, descente tardive des testicules, atrophie du système pileux, vice de prononciation, etc. Mais ces signes sont relégués au second plan par l'importance des troubles intellectuels et moraux, ils sont inconstants, et certains auteurs trouvent même qu'ils ne sont pas assez fréquents pour qu'il en soit tenu sérieusement compte dans l'histoire de la folie héréditaire (1).

C'est pourquoi nous rapportons l'observation suivante où les stigmates physiques sont très accusées et assez disparates pour que l'on soit forcé d'admettre une lésion causale diffusée à l'axe cérébro-spinal tout entier ; nous réservant de discuter ensuite la question de savoir si cette lésion est héréditaire, congénitale, développée sur le fœtus ou si c'est une affection propre du nouveau-né ou de la première enfance.

Obs. — Sommaire : *Imbécillité. — Caractère faible. — Bégaiement prononcé. — Pied bot double, plus marqué à droite. Retard du développement du système pileux.*

Le nommé Rous..., Alexandre, chanteur ambulant, âgé de 21 ans, entre le 10 avril 1888, salle Piorry n° 4, à l'hôpital de la Pitié, dans le service du docteur Lancereaux.

Les renseignements sont très difficiles à recueillir à cause du bégaiement prononcé du sujet.

Antécédents héréditaires. — *Père*, mort vers 55 ans, on ne sait de quoi, avait été maçon, il était marchand des quatre saisons, faisait des fagots l'été, le malade l'a peu connu, mais il se rappelle que tous les jours il était saoûl, il buvait l'argent de sa femme et battait sa famille quand il rentrait ivre. Notre sujet dit que son père le battait tous les soirs avec sa ceinture de cuir, buvait de tout alcool, absinthe, etc.

Mère, blanchisseuse, morte vers 45 ans, après 9 ans de maladie « d'un cancer au front ». Un *oncle* scieur de long, sans renseignements. Un autre fossoyeur. Une tante morte. Un *frère* aîné mort jeune, vers 8 ans ; n'a jamais marché, restait couché, malade, vomissait ce qu'il mangeait.

Notre malade n'a pas de renseignements sur sa première jeunesse, il sait seulement que son bégaiement a débuté vers 4 ans ; il l'attribue au croup. A 6 ans, sa mère étant morte, son père le battant, il se sauva de chez lui (ce chez lui était une cabane à Chaville près des bois) et il se mit à vagabonder allant de ferme en ferme, vivant de mendicité, n'étant employé nulle part parce qu'il était trop petit et trop faible. Vers 9 ans il fut arrêté à Versailles, comme vagabond, et conduit à Mettray. Là il ne put suivre l'école, parce qu'il avait la tête trop dure. Il s'occupait à la rentrée des récoltes, allait travailler à la ferme, aux champs, était « avec les autres qu'on menait ». Est sorti de Mettray pour son tirage au sort, a été réformé pour ses pieds.

Il a été placé chez un fermier à Beaumont, comme berger, pendant 2 ans, il avait 32 moutons à garder et s'en tirait. A la suite d'un léger accident, une plaie de jambe, son maître le ramena à Mettray où il fut soigné ; il en sortit à 23 ans pour être placé de nouveau dans une autre ferme, mais il ne donne pas de renseignements sur cette place qu'il a quittée pour errer et demander l'aumône. En 1886, il est arrêté à Paris pour vagabondage et envoyé au dépôt de mendicité de Saint-Denis où il reste un mois ; là il était employé à faire des plumeaux, il en

(1) Charpentier, *Soc. méd. Psych.* février 1886.

sortit pour recommencer à errer dans le département de Seine-et-Oise. A cette période, il serait entré à la Pitié parce que ses pieds étaient devenus douloureux, il dit avoir été gardé 15 jours et avoir été dirigé de là sur Vincennes; il entra aussi quelques jours à Lariboisière et à Beaujon.

Il apprit à chanter avec des vagabonds et des mendiants; il fit société pendant quelque temps avec un amputé qui chantait et qui lui apprit les quelques romances qu'il sait. Lui-même exhibait sa jambe droite qui est, en effet, un peu plus déformée que la gauche. Il obtint à Versailles un livret de chanteur ambulant qui porte au signalement: « bègue et estropié de la jambe droite. »

Il a continué ce métier et l'été dernier encore il faisait les villes et villages de Seine-et-Oise tournant autour de Versailles, Mantes, Rueil et faisant renouveler tous les trois mois sa permission de chanteur ambulant. Il avoue qu'il vivait assez bien dans les fermes et qu'il se grisait de temps en temps; il buvait surtout la goutte le matin avant de partir pour chanter.

La déformation de ses pieds le gène pour marcher, on a vu assez qu'il avait déjà fait pour cela un séjour à l'hôpital, c'est encore cette raison qui l'amène actuellement ici; aussi ne faisait-il guère plus d'une lieue à une lieue et demie par jour en allant de ferme en ferme.

Interrogé sur ses antécédents, il dit qu'il a commencé à bégayer entre 4 et 5 ans. Relativement à sa déformation des pieds, il prétend qu'elle existe depuis qu'il est né et qu'il a toujours eu les pieds *creux et griffés*. — La jambe droite était toujours plus faible que l'autre; il n'a jamais été non plus fort des bras, il n'a jamais tenté d'exercices, ne s'est jamais battu. — Il ne se rappelle pas avoir couru avec les autres enfants étant jeune. — Il affirme qu'à aucune époque, ni à Mettray ni ailleurs, il n'a eu d'attaques, d'accès ou de perte de connaissance; il porte au front des cicatrices légères qu'il attribue à des accidents de jeunesse. Dit n'avoir jamais été porté pour les femmes, mais pourtant il en a connu une avec laquelle il a eu des relations, mais il dit que c'est elle qui l'a sollicité et que cela ne l'amusait pas.

Etat actuel. — Crâne aplati symétrique, front bas, un peu oblique, bosses frontales saillantes, 3 ou 4 cicatrices anciennes sur le front, circonférence de la tête passant par les bosses frontales et la protubérance occipitale 55 cent. De la bosse nasale à la protubérance 30 cent. De la bosse nasale au vertex 19 cent., cheveux châtains, rudes et secs, raides, assez abondants, sourcils arqués, moyennement fournis, cils assez longs, iris bleu, pupilles égales, pas de lésions oculaires, pas de strabisme, oreilles assez petites, longueur 5 cent. Bourrelet bien formé, de même que la conque, lobule à moitié adhérent, nez gros, court et renflé, joues assez plates, avec nombreuses plaques de vitiligo, pas de barbe, lèvres supérieure et inférieure développées, léger duvet sur la supérieure, rien à l'inférieure. *Dents.* Les incisives et les canines supérieures présentent une cannelure transversale, dont on retrouve la trace sur les canines inférieures, grosses molaires cariées et en mauvais état. La langue présente un aspect normal, le frein n'a rien de particulier: le malade peut en approcher la pointe de son nez, l'incliner en bas, le tourner de côté et lui faire exécuter tous les mouvements. Voûte palatine un peu ogivale, assez haute. — Amygdales développées. — Luette petite, triangulaire. — Menton fuyant. — Visage ovale et un peu allongé, présentant un peu l'aspect dit de jocrisse, caractérisé par la figure allongée, l'absence de barbe, le nez court et relevé et la bouche largement fendue.

En résumé, cheveux à peu près normaux, sourcils abondants, aucune apparence de barbe.

Cou assez volumineux; à la région sous hyoïdienne, on voit deux cicatrices d'écrouelles, souples et adhérentes aux parties profondes, cinq autres cicatrices semblables à gauche et une sous le menton. Les ganglions sous-maxillaires, ceux de la chaîne latérale du cou sont nombreux, du volume d'une noisette, en moyenne, arrondis et indolores.

Thorax. — Aplati, bien conformé. Abaissement de l'épaule du côté gauche.

Circonférence	sous les bras	90
id	les seins	88

Absence totale de poils dans la région sternale.

Quelques boutons d'acné sur le dos.

Abdomen. — Cicatrice ombilicale déprimée, pas de hernies. — Membres supérieurs normaux; les articulations jouent librement.

Les bras sont assez volumineux, paraissent bien proportionnés; néanmoins les reliefs musculaires, qu'on provoque par la contraction sont faibles. — Les poignets sont gros, les mains, assez grandes sont également faibles.

Circonférence au dessous de l'insertion du grand pectoral	27
— au gros du biceps	24
— au pli du coude	23
— au gros de l'avant-bras	25
— au poignet	17
Largeur à la tête des métacarpiens	14



Fig. 22. — R... A.. [illegible] montrer l'aspect [illegible] du cou, de l'épaule, le non développement [illegible] et la déformation des jambes.

Doigts un peu renversés en arrière, comme dans le rhumatisme chronique: léger degré de flexion du petit doigt gauche, que le malade peut, du reste, corriger par la volonté.

Dynamomètre. —31 kilogr. des 2 mains, pas de malformation des mains. Léger tremblement des extrémités, quand le malade essaie de prendre un objet. L'action faradique conservée.

Organes génitaux. — Verge développée, prépuce long et recouvrant le gland. — Bourses pendantes. — Le testicule gauche descend plus bas que le droit; tous les deux sont du volume d'une petite noix, excessivement sensibles à la pression qui détermine un arc de cercle en arrière du malade avec contraction de tous les muscles du visage.

Poils châtains, moyennement abondants sur le pénil et

aux aisselles, ne déborbant pas sur l'anus, rares et longs sur le scrotum.

Membres inférieurs. — Les cuisses sont grêles pour le volume et la grandeur de l'individu. La cuisse est ronde comme celle d'une femme, les reliefs musculaires peu apparents, la peau épaisse.

Circonférence à la racine de la cuisse	. . .	47
— au milieu	. . . .	47

La pression sur les masses musculaires, surtout du côté gauche, est sensible au malade.

Les genoux jouent facilement sans craquements.

Circonférence au genou	. . . .	34
— sous la tubérosité ant. du tibia		31
— au gras du mollet	. . . . .	31
— au bas de la jambe	. . . .	23

Les deux jambes présentent un aspect spécial dû à l'absence de saillie du mollet, d'une part, et à la grosseur du bas de la jambe, d'autre part, ce qui les fait ressembler à des jambes mal dessinées. Les tibias et les péronés sont parfaitement rectilignes. La peau de la jambe présente un épiderme fin, avec des cicatrices pigmentées, traces de coups au bas des jambes.

Derme épais, surtout en arrière. Quand on prend la peau et qu'on la plisse pour se rendre compte de l'épaisseur du pannicule adipeux, on voit que le pli ainsi formé entre les deux mains est épais de 2 cent. environ, et de plus, les doigts, au lieu de s'arrêter sur un plan aponévrotique résistant, comme sur uu sujet normal, glisse sur des masses musculaires profondes dont la *consistance pâteuse* n'est pas très éloignée de celle du pannicule adipeux. Les muscles, surtout les jumeaux, se montrent très mous à l'exploration, sans contours accusés.

Par conséquent on peut constater :

1° Adipose sous-cutanée exagérée.

2° Défaut de résistance des aponévroses.

3° Défaut de résistance et diminution de volume des masses musculaires.

Le *pied* présente une déformation spéciale. Au repos, voici ce qu'on remarque : du côté de la face plantaire, le bord externe est rectiligne aussi bien dans le plan horizontal que dans le plan vertical, à part la saillie du 5e métatarsien, qui est peu prononcée.

Le bord interne présente entre les saillies, le talon et la tête un creux très accusé. Quand on applique une règle droite sur ces deux saillies, on voit qu'elle est distante de 4 centimètres du point le plus élevé du creux du pied.

De même en avant de la saillie formée par la tête des orteils, on ne voit que l'extrémité, de ceux-ci, tout à fait rejetée en arrière, du côté de la face dorsale du pied. Toutefois, on aperçoit une partie de plus en plus grande des orteils en allant du petit au gros orteil.

Du côté de la face dorsale, le pied forme une sorte de dôme proéminent. Cette face est située à peu près sur le prolongement de la crête du tibia, ou tout au plus, forme avec cette crête un angle obtus.

Elle est limitée en avant par un sillon profond qui répond à la base des orteils. Ceux-ci sont comme enroulés et inclinés du côté du bord interne. Ils donnent assez bien la figure d'une griffe.

La ligne antérieure tibiale prolongée va aboutir au second espace interdigital ; le pied est donc un peu en dedans. Pendant la marche, le pied repose sur une surface assez étendue. La partie la plus élevée de la voûte plantaire seule n'arrive pas à toucher le sol. Le malade s'appuie assez bien sur ses orteils pour projeter la jambe en avant.

Cœur. — La pointe bat dans le 5e espace, sous le mamelon. Les battements sont normaux, sans souffle ni bruits anormaux; Pouls, 80 pulsations par minute.

Poumon. — Respiration normale, à type diaphragmatique. — 18 inspirations par minute. — Rien à l'auscultation ni à la percussion du poumon.

Foie, remonte à un travers de doigt au-dessous du mamelon. En bas il dépasse de 1 centimètre environ le rebord des fausses côtes. — On peut le percuter sans éveiller de douleur.

Rate, mesure environ 12 centimètres sur 8.

Système digestif. — Le malade est un grand mangeur, digérant fort bien ; une garde-robe par jour; il est d'ailleurs fort satisfait du régime de l'hôpital.

Estomac, dilaté au niveau des reins.

Urines. — Quantité normale, densité : 1,020, — réaction : acide, — couleur : jaune claire, ni albumine ni sucre.

Petites hémorrhoïdes saignant un peu de temps à autre. — Au même moment nous avons observé des épistaxis peu abondantes, depuis qu'il est dans le service.

Organes des sens. — Le malade perçoit bien les différentes odeurs, par exemple, l'acide chlorhydrique, l'acide acétique, l'ammoniaque. — Il reconnaît les différentes saveurs, du sucre, du poivre, du sel, de la quinine, On ne note pas de déformation de la langue.

Il a l'ouïe bien développée, un peu plus à gauche cependant, De ce côté il entend le tic-tac d'une montre à 50 centimètres, du côté droit environ à 40 centimètres.

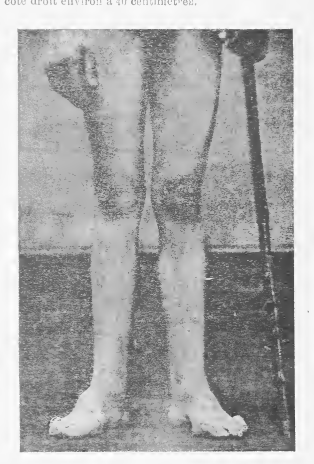


Fig. 23. — R... A., les jambes sont photographiées et permettent de voir l'absence de mollets, la largeur du cou de pied, l'exagération de la voute plantaire et la griffe des derniers orteils.

Il ne sait pas lire, mais il connaît néanmoins ses lettres; quand on lui donne un livre, il le place à environ 25 centimètres; mais il faut tenir compte de ce qu'il sait à peine lire.

En lui faisant regarder un point fixe, on n'observe pas de rétrécissement du champ visuel. Voici différentes couleurs qu'il reconnaît dans des rayons de plus en plus grands : vert, gris, bleu, rouge, jaune.

Le *bégaiement* peu prononcé quand le malade commence à parler, s'exagère vite s'il essaie de soutenir une conversation. Avant de parler, le malade fait eh ! eh !, se gratte l'épaule droite qu'il élève en même temps; ses deux lèvres sont prises d'un tremblement très rapide comme dans la forme de bégaiement labio-choréique de Colombat; ses sourcils et la peau de son front se plissent fortement, il cligne les yeux, tourne la tête sur son cou à plusieurs reprises, comme s'il faisait un mouvement de dénégation répété et lance enfin sa phrase ; il dit quelques mots rapidement, à voix forte, bien articulée,

puis subit un petit arrêt et repart avec la série des mêmes phénomènes.

De temps en temps, l'arrêt est peu marqué, il répète plusieurs fois le dernier mot sur lequel il s'est arrêté, ou la dernière syllabe de sa phrase, puis ses lèvres tremblent et battent ; les muscles de la face s'agitent et le mouvement d'atétose du cou, reprend comme il a été dit.

Il a d'ailleurs, à l'état normal, la figure légèrement de travers et déviée à droite.

Sa voix est nasonnée ; il est chanteur ambulant de son métier, et a un répertoire de 3 ou 4 romances sentimentales, qu'il chante sans bégayer, mais d'une voix trainante, comme tous les bègues, il fait beaucoup de gestes en parlant, mais ce sont toujours les mêmes, et sa mimique quoique agitée est toujours rudimentaire.

Dans le service il s'emploie à porter, nettoyer, à aider les garçons, est regardé par tout le monde comme un grand enfant sans méchanceté ; il se met peu en colère, quoique les autres malades s'amusent à le taquiner, il boude de temps en temps, pleure quand on lui cache son vin et a une très grande peur de la douche, il ne veut pas y aller, disant « que ça le ferait mourir ». Nous avons vu qu'à Mettray, on n'avait pu lui apprendre ni à lire ni à écrire.

6 juin. — Le malade était à l'office, lorsqu'il est pris tout à coup de tremblements. On le renvoie à son lit et, arrivé là, il veut se déshabiller, mais au moment de retirer sa capote il s'assied sur son lit, tombe à la renverse en travers de son lit comme s'il perdait connaissance. On l'étend sur son lit, il revient immédiatement à lui, se met à sangloter et à pousser des gémissements à haute voix. Ces pleurs et sanglots, comme ceux d'un enfant, continuent pendant dix minutes environ. Le malade couché sur le dos, tourne et retourne continuellement la tête sur l'oreiller, en l'interrogeant, on finit par savoir qu'il souffre seulement de coliques violentes. Pas de mouvements dans les bras. Le reste du corps est immobile.

Le malade se plaint surtout d'avoir mal au ventre et d'avoir soif. Les pupilles sont égales. — Ne s'est pas mordu la langue.

7 juin. — Ce matin, le malade se plaint de céphalée. Hier soir en voulant aller au cabinet, a failli tomber. Ce matin n'a pas essayé de se lever. — Il est plus gai.

On voit qu'il s'agissait d'une indisposition et non d'une attaque convulsive vraie, ici le malade n'en a jamais eu. Il a continué de se plaindre aussi de temps en temps, les jours où la visite est nombreuse, pour attirer l'attention sur lui. Il sait un peu compter, mais il est vite arrêté par son bégaiement. Il répond d'ailleurs d'une façon assez précise, sans dissimulation. Il dort très bien et sans rêves.

Nous remettons au prochain numéro les conclusions que l'on peut tirer de ce cas. (*A suivre*).

ASSOCIATION AUSTRALIENNE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — Le premier congrès de cette association, de fondation récente, vient d'avoir lieu à Sidney. Elle a été organisée à l'instar de l'association anglaise.

UNIVERSITÉS SUISSES. — L'académie de Lausanne vient d'être transformée en Université. — Les Universités suisses comptent actuellement 2.050 étudiants, dont 197 femmes : Zurich, 579 ; Genève, 537 ; Berne, 527 et Bâle 407. Les Facultés de médecine comptent 801 élèves. Il y a 103 femmes étudiantes en médecine, 94 étudiants en philosophie lettres et sciences des Facultés françaises. Elles se répartissent ainsi : 87 à à Zurich, [illegible] à Berne, 45 à Genève. Les étudiants français sont au nombre de 24 seulement en Suisse : ceux d'origine allemande, 170 ; russe, 760.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — *Légion d'honneur.* M. le Dr [illegible] chirurgien de l'hopital du Havre, est nommé chevalier de la légion d'honneur, ainsi que M. le Dr BOURIENNE, directeur de l'école de médecine et de pharmacie de Caen (voyage en Normandie du Président de la République).

MALADIE DE L'EMPEREUR D'ALLEMAGNE. — M. le Dr. M. Mackenzie est résolu à poursuivre tous les journaux qui, sans son autorisation, publient des extraits de son livre sur la maladie de l'Empereur Frederic. Les médecins allemands ont protesté en grand nombre contre cette brochure.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La maladie bleue.

La cyanose congénitale du cœur ou *maladie bleue*, évoque l'idée, pour la plupart des médecins, de la persistance du trou de Botal et du mélange des deux sangs, artériel et veineux, dans les cavités cardiaques.

Cette erreur, car c'en est une, a été professée maintes fois, elle est en quelque sorte classique.

Aussi doit-on savoir gré à M. le Dr Fallot, médecin des hôpitaux de Marseille, de l'avoir combattue par des arguments péremptoires empruntés à l'anatomie pathologique et à la statistique clinique (1).

Dans la grande majorité des cas, 74 fois sur 100 (d'après M. Fallot), la cyanose est produite par les lésions suivantes :

1° Rétrécissement de l'artère pulmonaire ;

2° Communication inter-ventriculaire ;

3° Déviation à droite de l'origine de l'aorte ;

4° Hypertrophie presque toujours concentrique du ventricule droit.

L'absence d'oblitération du trou de Botal peut s'observer concurremment avec les lésions précédentes ; mais elle n'est pas nécessaire et, dans tous les cas, elle n'est qu'accessoire : elle est incapable par elle-même de réaliser le type clinique : *maladie bleue*.

Il faut donc renoncer, une fois pour toutes, à invoquer la persistance du trou de Botal dans l'anatomie pathologique et la pathogénie de la cyanose cardiaque.

Le type anatomo-pathologique, la *tétralogie anatomo-pathologique* (c'est ainsi qu'il la nomme) observée par M. Fallot dans trois cas, a été retrouvée dans la plupart des observations publiées antérieurement sur la cyanose.

La seule difficulté pour la critique était de dégager ce type au milieu du fatras de toutes les lésions décrites pêle mêle dans les protocoles d'autopsie.

C'est avec raison que M. Fallot s'est élevé contre l'intrusion de la tératologie et de la zoologie comparée dans la clinique humaine.

L'inoclusion du septum interventriculaire n'est pas une simple anomalie *réversive* et ne peut être considérée comme l'analogue de la fausse cloison des vertébrés à ventricules communiquants.

Il convient de laisser aux naturalistes leurs théories sur les cœurs à une, à deux, à trois cavités.

La clinique n'a aucun profit à tirer de ces débats plus ou moins philosophiques ; elle doit se borner à l'observation des faits.

Or cette observation simple et terre à terre des faits cliniques nous apprend que la série des altérations cardiaques de la cyanose est la conséquence du rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire

D'où vient ce rétrécissement pulmonaire ? Il n'est pas dû à un simple arrêt de développement, mais très probablement à un travail pathologique développé pendant la vie intra-utérine, au niveau des sigmoïdes pulmonaires et de la région de l'infundibulum qui leur est contiguë.

(1) Contribution à l'anatomie pathologique de la maladie bleue. (Marseille, 1888).

En d'autres termes, la maladie bleue serait la conséquence d'une endocardite fœtale, endocardite fœtale qui, presque toujours et sans qu'on sache pourquoi, frappe le cœur droit.

Voici le mécanisme des lésions : l'inflammation a provoqué un rétrécissement de l'artère pulmonaire ; si ce rétrécissement s'est produit avant la septième semaine de la vie intra-utérine, il empêche l'occlusion du septum interventriculaire, il cause l'hypertrophie du ventricule droit et la déviation de l'aorte.

L'augmentation de la pression en amont du rétrécissement explique tous les désordres.

Il est difficile de repousser les conclusions de M. Fallot, mais peut-être n'ont-elles pas le cachet de nouveauté que l'auteur leur attribue avec une entière bonne foi d'ailleurs.

M. Cadet de Gassicourt, dans la première édition de son *Traité clinique des maladies de l'enfance* (t. II, Paris, 1882) a donné, de la cyanose, une théorie tout à fait conforme à celle que M. Fallot vient de soutenir.

Il a notamment réfuté, avec des arguments décisifs, la théorie de Gintrac sur le mélange des deux sangs. Il a cité des faits d'inocclusion du trou de Botal et du septum interventriculaire sans cyanose. Il a dit en propres termes : « Je crois que la cyanose est le résultat de l'oxygénation incomplète du sang, c'est-à-dire de l'obstacle apporté à la circulation pulmonaire ; et que c'est un fait général, dont nous trouvons seulement la plus haute expression dans les maladies congénitales du cœur. » Il a parfaitement saisi et indiqué la subordination de l'inocclusion interventriculaire et de l'hypertrophie du ventricule droit au rétrécissement de l'artère pulmonaire.

Pour M. Cadet de Gassicourt, comme pour M. Fallot, le rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire domine et commande toutes les autres lésions de la cyanose.

« Le rétrécissement de l'artère pulmonaire, dit M. Cadet de Gassicourt, est l'anomalie la plus commune, presque la seule importante et la seule clinique. Il est plus fréquent à lui seul que les anomalies de tous les autres orifices considérés ensemble, et même, parmi les anomalies cardiaques de toute nature, il se rencontre dans la proportion de 60 pour 100. Enfin, dernière remarque qui grandit encore son rôle, le rétrécissement de l'artère pulmonaire est toujours primitif ; les autres anomalies concomitantes lui sont subordonnées. »

Les explications physio-pathologiques énoncées par M. Cadet ne sont pas moins catégoriques. Le rétrécissement de l'artère pulmonaire fait obstacle au courant sanguin qui va du cœur au poumon. Pour vaincre cette résistance, le ventricule droit s'hypertrophie ; mais il ne se dilate pas quand le rétrécissement est congénital et qu'il s'est fait soit avant l'occlusion du septum interventriculaire, soit avant celle du trou de Botal. Dans les deux cas, en effet, la dérivation du sang dans le cœur gauche à chaque contraction du ventricule droit prévient la dilatation de ce dernier en évitant toute pression exagérée sur ses parois.

La première conséquence du rétrécissement de l'artère pulmonaire est donc l'hypertrophie sans dilatation du ventricule droit.

La dérivation du sang du cœur droit au cœur gauche entretient par son passage la libre communication entre les deux cœurs : entre les deux ventricules, si le rétrécissement de l'artère pulmonaire est antérieur à la septième semaine, de là inocclusion du septum interventriculaire ; entre les deux oreillettes, si le rétrécissement est postérieur à la septième semaine ; de là inocclusion du septum interauriculaire, dont le cloisonnement est d'autant plus complet que le rétrécissement de l'artère pulmonaire a été plus tardif.

La seconde conséquence du rétrécissement de l'artère pulmonaire est donc la communication des deux cœurs.

Enfin, si l'artère pulmonaire est extrêmement rétrécie et, à plus forte raison, si elle est complètement oblitérée, la circulation pulmonaire est plus ou moins assurée par l'établissement d'une circulation collatérale et en particulier par la persistance du canal artériel.

Nous renvoyons, pour les détails, aux belles leçons que M. Cadet de Gassicourt a consacrées à la cyanose, dans son traité des maladies de l'enfance.

Sans doute M. Cadet ne parle qu'incidemment de la déviation de l'aorte, qui forme un des termes de la *tétralogie anatomo-pathologique* de M. Fallot. Mais cette lésion est elle bien importante ?

Il est donc permis de regretter que notre confrère de Marseille n'ait pas lu, avec l'attention qu'elles méritaient, les leçons de M. Cadet de Gassicourt.

Les conclusions conformes de son excellent travail ne pouvaient qu'y gagner en force et en autorité.

Dr J. Comby.

Les Religieuses augustines de l'Hôtel-Dieu : Opinion de Desault.

Nous terminons aujourd'hui la publication des *Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu de Paris*, recueillies par M. Albin Rousselet dans les *Archives*, autrefois inabordables, de l'Assistance publique. Nous avions hésité à entreprendre cette publication, en raison de sa longueur ; aujourd'hui, nous ne regrettons pas de l'avoir faite, car, ainsi que nos lecteurs ont pu s'en rendre compte, à côté des longueurs fastidieuses qu'il est fréquent de rencontrer dans les vieux documents, ils ont trouvé des détails d'un réel intérêt sur l'administration du vieil Hôtel-Dieu, sur la situation des malades, sur le rôle des religieuses et des chapelains, sur les motifs très graves (gaspillages, déprédations, vols, alors innombrables qui ont fait enlever l'*administration* de l'Hôtel-Dieu aux *chanoines* de Notre-Dame et aux *religieuses Augustines* pour la confier à des *bourgeois laïques* (1505) ; qui ont obligé le bureau laïque de retirer successivement aux religieuses, dans le cours des trois derniers siècles (1505-1789), la plus grande partie de leurs prérogatives (vestiaire, économat, pharmacie, soins directs à donner aux malades, etc.) pour les donner à des laïques.

Ces Notes finissent par une lettre très remarquable de l'un des chirurgiens qui font le plus d'honneur à la chirurgie française, Desault. Cette lettre, qui résume

d'une façon admirable tous les reproches qu'on est en droit d'adresser légitimement aux religieuses Augustines de l'Hôtel-Dieu, mérite d'être lue et méditée par tous ceux qui s'intéressent aux réformes hospitalières. C'est la meilleure réponse que l'on puisse faire à la lettre pleine d'erreurs et d'accusations calomnieuses d'un chirurgien qui, à Lourcine, traitait les maladies vénériennes par le cachot ; qui, à Cochin, infectait la Maternité par les érysipèles nés dans ses salles ; qui, à la Charité, en persistant à appliquer sa méthode des « *pansements sales* » occasionne chaque année la mort d'un grand nombre de malheureux qui guériraient sûrement par l'application de la méthode antiseptique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 sept. 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

M. le Pr VERNEUIL lit un travail sur le *microbisme et les abcès.* Dans cette communication, il donne une classification nouvelle des abcès. Jusqu'à la découverte du microbisme, on connaissait les caractères principaux de la suppuration, mais on ignorait la cause réelle de la pyogénèse. On sait aujourd'hui que ce qui caractérise le pus, c'est le microbe, qui est la cause réelle de la suppuration. Le pus est tantôt mono-microbique, c'est-à-dire ne présentant qu'une seule espèce de microorganisme, tantôt polymicrobique, c'est-à-dire contenant à la fois, microcoques, bactéries, vibrions, etc. On peut répartir les microbes des abcès en deux catégories : 1° ceux qu'on observe dans les suppurations superficielles ou profondes, qu'on dit normaux et nécessaires, sinon exclusifs, pour la suppuration, à savoir : microcoques, diplocoques, stétrocoques, zooglées, staphylocoques, etc., ce sont les *microbes pyogènes proprement dits ;* 2° ceux qu'on rencontre fortuitement dans le pus et qui existent dans l'organisme, microbes inconstants, hétérotopes ou *accidentellement pyocoles.* Ceci étant admis, on doit classer ainsi les abcès : 1° *abcès simples,* dus aux microbes pyogènes normaux, ne renfermant qu'eux seuls ; 2° *abcès infectés,* nés sous l'influence des microbes normaux ou pyocoles accidentellement pyogènes, et renfermant ces microbes pyocoles, avec toutes les conséquences de cette juxtaposition microbienne. C'est sous une nouvelle forme plus précise l'ancienne classification des abcès en idiopathiques et symptomatiques. On connait au moins 16 sortes d'abcès : érysipelateux, puerpéraux, pyohémiques, septicémiques, septiques ou gangréneux, saprogènes, morveux et farcineux, typhoïdes, malariques, urineux, blennorrhagiques, tétaniques, tuberculeux, lépreux, de la filariose, de l'actinomycose. On y ajoutera plus tard, quand leur microbe sera connu, les abcès rubéoliques, varioliques, syphilitiques, ceux du chancre mou, etc.

M. RAPHAEL DUBOIS présente une note sur l'*action physiologique du chlorure d'éthylène* ($C^2 H^4 CC^2$ *sur la cornée.* — Le chlorure d'éthylène, introduit dans l'organisme par une voie quelconque, produit chez le chien, plusieurs heures après le réveil, une opacité tout à fait singulière de la cornée. Elle semble causée par la formation d'un réseau faisant croire à une véritable vascularisation lammaire du tissu cornéen : ce réseau est dû à une infiltration symphatique des cellules à protoplasmes vitreux et au gonflement des éléments conjonctifs.

Cette lésion n'est pas analogue à celle qui suit la section du nerf de la 5e paire (pas d'ulcération, pas de perte de la sensibilité). Elle se produit par l'intermédiaire de l'humeur aqueuse qui se charge de chlorure d'éthylène. Ceci explique l'astigmatisme irrégulier qui se produit lors d'anesthésie par le chlorure d'éthylène. MARCEL BAUDOUIN.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 18 *septembre* 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

M. GRÉHANT fait une communication sur *les produits de la combustion du gaz de l'éclairage.* L'analyse de ces produits a montré qu'ils renfermaient 4,25 d'acide carbonique ; 11,6 d'oxygène et 84,1 d'azote. On voit que l'air qui a servi à la combustion a perdu un volume d'oxygène double à peu près du volume d'acide carbonique produit. Des expériences faites sur l'animal vivant ont montré que la quantité d'oxyde de carbone dégagé par un bec de Bunsen brûlant pendant vingt-quatre heures, dans une chambre de douze mètres de capacité, est suffisante pour oxycarboner le sang presque complètement et pour mettre l'animal en danger de mort. Chaque fois qu'on emploiera le gaz de la houille, on devra se préoccuper du mélange des produits de sa combustion avec l'air que nous respirons. Ce mélange est nuisible : aussi, serait-il utile et hygiénique d'expulser au dehors les gaz riches en acide carbonique et en oxyde de carbone et pauvres en oxygène.

M. CHARPENTIER fait une communication sur *le curage et l'écouvillonnage de l'utérus dans l'endométrite septique puerpérale.* Dans le plus grand nombre de cas de fièvre puerpérale, quelle qu'en soit la forme, il convient d'incriminer l'introduction d'un micro-organisme par les plaies vaginales et utérines. Il s'agit d'une véritable endométrite septique. A la face interne de l'utérus des femmes qui ont succombé à la fièvre puerpérale, on trouve une fausse membrane adhérente, une bouillie, un véritable putrilage. Tous les moyens adoptés pour combattre cette endométrite septique sont trop souvent insuffisants. Aujourd'hui, nous possédons un procédé plus actif : c'est le curage et l'écouvillonnage antiseptique de l'utérus que M. Doléris a introduits en France depuis quelques années. M. Charpentier a employé six fois ce procédé et a obtenu cinq guérisons. Après avoir énuméré les observations de ses malades, M. Charpentier estime que le curage doit être pratiqué de bonne heure. Après avoir placé la femme dans la position obstétricale, on fait un grand lavage vaginal avec la liqueur de van Swieten dédoublée et on procède à l'abaissement vaginal. Cet abaissement s'obtient en fixant d'abord le col avec l'index de la main gauche. La main droite, armée d'une pince à griffes saisit ensuite son bord antérieur. De légères tractions et une compression modérée sur le basfond de l'utérus suffisent pour amener le col jusqu'à la vulve. Le col est dilatable ou non ; s'il n'est pas dilatable, il convient de pratiquer sa dilatation artificielle.

Le col une fois ouvert, à l'aide d'une sonde à double courant, on fait avec la liqueur de van Swieten dédoublée, un grand lavage intra-utérin. Ceci fait, on procède au curage, en se servant de la curette de Récamier ; le curage sera pratiqué jusqu'à ce que la cuvette ne ramène plus aucun débris putrilagineux. On fait alors un nouveau lavage intra-utérin et on introduit dans la cavité utérine, un écouvillon de volume variable et trempé dans de la glycérine créosotée à parties égales. Les instruments enlevés, l'utérus reprend sa place et on introduit un tampon de gaze iodoformée dans le vagin.

M. GUÉNIOT est partisan du curage de l'utérus, dans certains cas seulement, mais non dans les cas légers, justiciables des injections intra utérines.

M. CLOZIER (de Beauvais) fait une communication sur *l'étiologie de la dilatation dite préventive de l'estomac et de la dyspepsie idiopathique.* Les causes de la dilatation de l'estomac seraient l'attitude verticale de l'homme, la mauvaise hygiène stomacale, une sécrétion morbide de la muqueuse de l'estomac et le relâchement secondaire des parois de l'organe.

M. SUAREZ DE MENDOZA (d'Angers), lit un mémoire sur le *traitement des obstructions de la trompe d'Eustache, par la dilatation continue.* M. Suarez de Mendoza a recours à une bougie fixée à demeure ; il a employé 39 fois cette méthode, sans le moindre accident.

M. LAGNEAU fait une communication sur *le surmenage*

intellectuel et la sédentarité scolaire. Une commission ministérielle a demandé une diminution des heures de classes et d'études, une augmentation des heures données aux exercices physiques et la suppression des devoirs faits à la maison. Ces réformes s'adressent à l'enseignement primaire, et devraient également viser l'enseignement secondaire et supérieur. A. JOSIAS.

BIBLIOGRAPHIE

Pathologie et thérapeutique des maladies nerveuses ; *Traité pour les médecins et les étudiants* ; par L. HIRT, 1888. — Urban et Schwarzenberg, Vienne et Leipzig.

La première moitié de ce traité est seule parue, l'ouvrage entier comprendra environ 500 pages. C'est dire qu'il s'agit plutôt d'un manuel que d'un ouvrage doctrinal. Certes on n'y trouvera pas d'historique à perte de vue, non plus que des discussions de longue haleine sur tel ou tel sujet d'anatomie pathologique générale ou de pathogénie. Mais en revanche toutes les questions sont parfaitement mises au point, clairement et brièvement exposées. Un autre mérite de cet ouvrage et non des moins importants c'est d'être tout à fait actuel, de contenir la substance des travaux les plus récents, non seulement sur les points principaux de la pathologie nerveuse, mais aussi sur des points secondaires qui n'ont été étudiés que dans des mémoires tout à fait spéciaux. Les figures sont en grand nombre, de larges dimensions, et d'une très bonne exécution. Celles qui ont trait à des détails un peu compliqués d'anatomie sont empruntées pour la plupart aux travaux de Wernicke, de Exner, de Edinger et mettent bien en lumière la description contenue dans le texte ; parmi les autres, celles qui ont plus particulièrement pour objet la pathologie, un certain nombre sont originales et faites d'après les photographies de malades observés par l'auteur. Nous signalerons particulièrement celles qui illustrent les pages consacrées à l'hémiplégie cérébrale infantile. C'est là d'ailleurs un sujet que l'auteur semble avoir traité avec une certaine prédilection. Cette première moitié du traité contient les affections des *méninges*, celles des *nerfs crâniens*, y compris les *névroses* de quelques-uns d'entre eux. Puis vient l'étude des maladies de la substance cérébrale : *localisations dans les substances corticale et médullaire* ; lésions de nature *vasculaire* ; processus *inflammatoires* de la substance cérébrale, *tumeurs* et *parasites* du cerveau ; lésions *congénitales*.

Ce sont là, on le voit, d'assez importants sujets pour qu'il soit possible de porter dès maintenant un jugement sur l'œuvre de M. le professeur Hirt et de lui prédire un succès des plus légitimes. Pierre MARIE.

Résultats statistiques du dénombrement de 1886 pour la ville de Paris et le département de la Seine.

Le gros volume que le service de statistique municipale vient de faire paraître sur le recensement de la ville de Paris est précédé d'une introduction de M. le Dr Jacques Bertillon. Nous y trouvons notamment les renseignements suivants :

La population de Paris a présenté dans notre siècle un accroissement très rapide. Un recensement par feux exécuté en 1728 permet d'évaluer à 250.000 le nombre des Parisiens de cette époque ; en 1801, le recensement en trouve 547.756, et compte 631.585 habitants dans l'ensemble du département de la Seine; aujourd'hui, la Seine en compte 2.961.089, soit tout près de 3 millions, chiffre qui est peut être atteint à l'heure où nous écrivons.

Les quartiers du centre de la ville n'ont jamais augmenté beaucoup et ont perdu depuis 1881 quelques uns de leurs habitants. Au contraire, les quartiers de la périphérie s'accroissent de plus en plus et les communes de la banlieue se peuplent rapidement.

Si l'on compare les chiffres de 1886 à ceux du précédent recensement (1881), on constate que le nombre des Français de naissance est resté stationnaire (2.057.929 en 1881 et 2 057.899 en 1886). L'augmentation de la population vient tout entière des naturalisés français (22.793 en 1886) et des étrangers (180.253).

Aucune ville de l'Europe ne contient autant d'étrangers que Paris ; dans aucune, leur nombre n'augmente aussi rapidement. En 1851, les étrangers n'étaient qu'au nombre de 53.016 ; après la guerre, quelques-uns sont partis, mais ils étaient encore 104.586 en 1872. Depuis cette époque, leur nombre a presque doublé.

Les nationalités étrangères les plus représentées à Paris sont : les Belges (45.649), les Allemands (30.229), les Suisses (23.781) et les Italiens (22.589). A en croire les journaux d'Outre-Rhin, les étrangers et spécialement les Allemands seraient mal reçus en France ; s'ils y sont si malheureux, pourquoi donc y viennent-ils en si grande foule ?

On prétend souvent que les étrangers domiciliés en France nous apportent leur argent ; cela ne résulte pas du dénombrement. M. Bertillon a pris soin de distinguer les professions des étrangers; les rentiers y sont très peu nombreux. La plupart des étrangers ne viennent pas à Paris pour y dépenser de l'argent, mais pour en gagner. Ils nous apportent le concours de leur travail mais non pas celui de leurs capitaux.

Cette vue est exacte, surtout en ce qui concerne les Allemands, les Italiens, les Belges, les Hollandais, les Suisses ; elle ne l'est pas en ce qui concerne les Anglais, les Espagnols, les Américains, les Russes ; ce que l'on voit facilement au domicile préféré par chacune de ces catégories d'étrangers, ces derniers habitant presque exclusivement les quartiers de luxe, tandis que les autres vivent dans les quartiers ouvriers. Beaucoup sont tailleurs, bottiers, ébénistes, peintres en bâtiment, employés de banque, professeurs de langues, artistes. Les étrangers sont nombreux, même dans des professions qui passent pour être très particulièrement parisiennes (bijoutiers, ciseleurs sur métaux, portefeuillistes, etc.). Un quart des étrangers recensés à Paris sont nés sur le sol français.

M. Jacques Bertillon a comparé le recensement des professions de 1886 à celui de 1866, le seul qui ait été assez détaillé pour donner des résultats intéressants. Il a trouvé que, sauf les industries textiles, qui toutes sont en déclin et occupent moins de monde qu'en 1886, presque toutes les professions ont participé à l'augmentation de la population parisienne. En général, on peut dire que les industries de luxe ont pris un développement particulier. En ce qui concerne l'industrie du bâtiment, le nombre des décorateurs, mouleurs, etc., a augmenté plus que celui des maçons. Les industries rangées sous la rubrique : « Luxe et plaisir » (bijouterie, bimbeloterie, etc.) ont pris un grand développement. Les hôteliers, cafetiers, cabaretiers étaient déjà au nombre de 23.000 patrons en 1866 ; il y avait en 1886, 30.000; leurs employés, garçons, etc., ont augmenté dans une proportion plus forte encore que les patrons (17.000 en 1866 et 30,000 en 1886).

Le volume du recensement contient encore sur la population de Paris un très grand nombre de renseignements que nous ne pouvons reproduire ici. L'auteur s'est appliqué à utiliser tous les moyens de contrôle qui lui permettaient de vérifier l'exactitude approximative d'une opération nécessairement sujette à des chances sérieuses d'erreur : Il a établi que les résultats obtenus étaient en général satisfaisants. Paris, ville de travail et aussi ville de plaisir, attire les hommes et spécialement les jeunes hommes de toutes les parties de la France et de toutes les parties de l'Europe. En vain, notre ville est injuriée par les étrangers de nations jalouses ou ingrates ; ils ne croient pas aux calomnies qu'ils profèrent contre elle, car ils y viennent en grand nombre, en trop grand nombre peut-être.

Sur l'intoxication chronique par la nicotine ; par Mme VALIZKY. Brochure de 55 pages in-8 avec 4 figures. — Kharcow, 1887.

La question du tabac est encore un des problèmes les plus controversés de l'hygiène professionnelle : les uns disent blanc, les autres noir, les uns, avec Romazzini, Hertot, Fourcroy, Patissier, etc..., affirment que la fabrication du tabac est très sensible pour les ouvriers qui présentent un affaiblissement considérable, des céphalagies, des vertiges, des nausées, etc..., les autres, au contraire, avec d'Arcet, Parent-Duchatelet, Berutti, etc.., certifient que la fabrication du tabac est la profession la moins nuisible et ils se plaisent à décrire l'aspect excellent des ouvriers, la rareté des maladies et la faiblesse de la mortalité chez eux.. Et même ceux qui

s'accordant à reconnaître que le tabac est nuisible diffèrent dans leurs opinions lorsqu'il s'agit de préciser la nature de l'agent nocif : les uns attribuent tout à la nicotine, les autres, au contraire, pensent que la nicotine ne joue qu'un rôle secondaire et que le rôle principal appartient à l'[illegible]. Mme Valizky cherche à débrouiller la question et son plan consiste, d'une part, à vérifier et à compléter les résultats tirés de l'observation des fumeurs et des ouvriers de fabriques de tabac et, d'autre part, de comparer ces résultats avec des données obtenues sur les animaux par la voie expérimentale. L'auteur a étudié dans ce but la santé de [illegible] personnes (hommes, femmes et enfants) employées à la fabrication du tabac. Parmi d'autres phénomènes morbides, Mme Valizky note particulièrement la dilatation des pupilles chez presque tous les ouvriers, dilatation très prononcée, souvent inégale, avec réaction excessivement rapide et énergique à la lumière.

Ce signe apparaîtrait, d'après l'auteur, déjà au bout de plusieurs semaines de séjour de l'ouvrier à la fabrique. Chez les ouvriers âgés, au contraire, qui ont passé toute leur vie à la fabrication du tabac, on constate un rétrécissement des pupilles et une absence à peu près complète du réflexe lumineux. Le trémor des mains et de la langue chez les enfants comme chez les adultes serait aussi un phénomène très fréquent. Ajoutons à cela une activité cardiaque trop facilement excitable, une arythmie et chez les jeunes des palpitations, des laryngites, des bronchites chroniques, etc... Sans nier que la nicotine soit pour quelque chose dans la production de ces phénomènes morbides, nous devons cependant remarquer que les conditions hygiéniques dans lesquelles vivent ces ouvriers jouent un rôle peut-être prépondérant. En effet, les ateliers de tabac en Russie représentent pour la plupart des logements ordinaires où il n'existe aucun accessoire en rapport avec une accumulation considérable de personnes. Les murs et les planchers sont imprégnés de saletés. L'éclairage est insuffisant et mauvais : ce sont des petites lampes à pétrole sans verres qui répandent continuellement une fumée étouffante et âcre. Les enfants et les femmes sont employés à toutes les opérations pêle-mêle avec les hommes. Les hommes reçoivent de 15 à 20 roubles par mois comme prix le plus élevé ; les femmes de 8 à 10, les enfants de 2 à 4 1/2!... On comprend quelle peut être dans ces conditions l'alimentation des ouvriers : on se nourrit de pain, d'oignons, d'harengs et d'aliments secs analogues..... Les chambres à dessication du tabac sont presque hermétiquement closes et les personnes peu habituées se trouvent mal en y entrant. Aucune fabrique ne possède son infirmerie. Sur le nombre total de 40 fabriques qui emploient près de 20 000 ouvriers, il n'y en a que cinq qui sont visitées par un médecin attitré... Autant de fabriques, autant de foyers malsains.

Passons à la partie expérimentale. Elle se réduit à 8 observations recueillies sur trois chiens et cinq lapins, qui ont été soumis à des injections sous-cutanées de nicotine sauf un lapin qui a été placé dans une cage, dont le fond portait de la poudre de tabac que l'on renouvelait tous les jours. L'intoxication se pratiquait pendant 5 mois. Les résultats cliniques paraissent concordants : dilatation des pupilles avec réaction exagérée à la lumière chez les chiens ; les lapins, n'ont pas présenté ce phénomène. Du côté du cœur — exagération de l'activité avec arythmie passagère ; de plus, dyspnée, hyperesthésie cutanée, trémor tantôt général, tantôt localisé seulement aux extrémités postérieures. L'auteur a constaté, en outre, au moyen de l'appareil de Dubois Raymond, une exagération très rapide et très prononcée, quoique peu prolongée des régions motrices de l'écorce des grands hémisphères.

Parmi les résultats qu'a donné l'autopsie de tous les animaux soumis à l'expérience, nous trouvons partout une augmentation dans le volume du foie et du rein, une dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques et de l'épithélium des canalicules contournés, une dégénerescence graisseuse des fibres musculaires du cœur.

On devine la conclusion de l'auteur : le tabac est nuisible à cause de la nicotine : les autres produits de combustion contenus dans la fumée de ce produit ne jouent qu'un rôle secondaire.

J. Roubinovitch.

Etude clinique des maladies qui atteignent les mineurs d'Almaden; par le Dr Gomez de Figueroa. — *Madrid, chez Fernando Fe*, 1888.

Etude très complète des conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvent les ouvriers des mines de mercure d'Almaden (en Espagne) et des maladies qui les atteignent.

Après avoir donné de la contrée et des intéressantes mines d'Almaden un aperçu très exact, le Dr Figueroa passe au recensement de la population. Sur près de 9,000 habitants (en 1887) que l'on trouve à Almaden, la plupart des hommes sont employés aux travaux de la mine. Il y a eu de 1883 à 1887 330 décès parmi les mineurs. Les maladies principales qui ont entraîné la mort sont les affections catarrhales du poumon, la pneumonie, puis la tuberculose pulmonaire. L'anémie mercurielle si fréquente qu'on peut dire qu'aucun mineur n'y échappe, n'a déterminé que cinq décès, et les divers accidents de l'hydrargyrisme six décès seulement dans l'espace de cinq années.

La mortalité chez les mineurs est donc considérable et peut être évaluée à 16 0/0.

Ce sont les ouvriers qui sont surtout exposés aux vapeurs mercurielles qui payent le plus lourd tribut à la maladie. Il faut en outre une sorte d'accoutumance pour travailler dans les mines. Les ouvriers des villages voisins qui viennent chercher du travail dans les mines sont bientôt pris d'accidents aigus qui les forcent à renoncer à cette profession. Le Dr Figueroa a fait l'analyse de l'air : pour 100 c. c. d'air il a trouvé les chiffres suivants dans la mine :

Acide carbonique . . .	1/2.
Oxygène	15.
Azote	84 1/2.
Vapeur d'eau : à saturation.	

Les vapeurs mercurielles doivent être, dit-il, très abondantes, puisqu'elles produisent de légers amalgames sur les lames de cuivre et d'or. Nous avions nous même constaté ce fait sur notre chaîne de montre lors de nos recherches à Almaden dont nous avons donné dans ce journal même le compte rendu en 1884.

La température des mines est de 21° à 24°, la pression barométrique est de 739. Après avoir consacré tout un chapitre à la population des mines, à ses travaux, à son genre de vie, etc., le Dr Figueroa arrive à la partie la plus intéressante de son mémoire, à l'étude de l'anémie mercurielle. Cette anémie est le fait de l'absorption continue des vapeurs mercurielles. Les enfants en sont surtout rapidement atteints. Les mineurs qui habitent loin de la ville sont moins atteints, vivant en dehors de leurs travaux dans un air pur que ne trouvent pas les habitants qui vivent à Almaden. M. Figueroa a fait l'analyse du sang de 26 mineurs atteints d'anémie. Il a trouvé une diminution notable des globules rouges dont les diamètres sont aussi réduits ; quelques-uns d'entre eux sont déformés. Le fait le plus important est une augmentation du nombre des globules blancs, ce qui constitue une véritable leucocytose. En outre, il y a augmentation considérable de la fibrine, diminution de l'albumine et surtout de l'hémoglobine. L'anémie des mineurs est donc une anémie essentiellement globulaire. Elle n'atteint pas seulement les mineurs, mais elle frappe aussi les habitants d'Almaden par suite de vapeurs qui se répandent dans tout le voisinage de la mine. Les habitants sont tristes, taciturnes, pâles, anémiés et diffèrent, d'après l'auteur, des habitants des villages voisins.

M. Figueroa passe ensuite en revue les symptômes proprement dits de l'hydrargyrisme aigu ou chronique. L'anémie et l'hydrargyrisme chronique n'amènent pas la mort à brève échéance, mais détériorent l'organisme et produisent un tel état de misère physiologique qu'une maladie intercurrente, quelque légère qu'elle soit, est par ce fait même compliquée et aggravée. Les enfants et les adolescents contractent plus facilement les maladies des mineurs qui évoluent chez eux plus rapidement et aboutissent bientôt à la cachexie. Quant à la pneumonie chronique qui cause le plus grand nombre de décès des mineurs, elle est le résultat de l'irritation constante des muqueuses bronchique et pulmonaire par les vapeurs mercurielles et par les particules du cinabre qui pénètrent continuellement dans l'appareil respiratoire. A cette pneumokoniose se

rattachent la sclérose pulmonaire, la dilatation des bronches, etc. En lisant ce mémoire, nous avons regretté de ne pas voir mentionnées par l'auteur deux questions importantes auxquelles nous avions nous-même cherché une solution lors de notre séjour à Almaden, mais dont notre qualité d'étranger rendait l'étude assez difficile, d'une part l'élimination du mercure par les différentes sécrétions, d'autre part les rapports de l'hydrargyrisme avec la syphilis. Ce sont là, espérons-le, deux lacunes qui seront comblées et ainsi se trouveront complétées les recherches importantes de M. le Dr Figueroa.

Dr Paul RAYMOND.

Etude clinique sur la fièvre du goître exophthalmique et comparativement sur les fièvres spéciales a quelques autres névroses ; par H. BERTOYE. — Thèse de Lyon, 1888.

Cette thèse a été faite sous la direction de M. le professeur J. Renaut. L'auteur débute par un historique des opinions de différents auteurs sur la température dans la maladie de Basedow et montre que si quelques-uns l'ont considérée comme normale, beaucoup d'autres ont rapporté des exemples d'élévation plus ou moins grande de la température dans cette maladie. Puis il aborde l'étude de la fièvre spéciale au goître exophthalmique ; les caractères principaux de celle-ci sont son *instabilité* et la *dissociation des symptômes fébriles ;* elle peut d'ailleurs revêtir des types divers : état fébriculaire, état fébrile, poussée fébrile inaugurale, poussée fébrile clôturale, poussée fébrile épisodique pouvant être éphémère ou persistante et dans ce dernier cas revêtir les types typhoïde, rémittent, intermittent. La fièvre correspond en général à des cas graves de maladie de Basedow ; l'hydrothérapie serait le meilleur agent thérapeutique à employer. Le 3e chapitre est consacré à l'étude comparative de la fièvre dans diverses névroses : épilepsie, hystérie, chorée, paralysie agitante, chlorose : il est moins personnel que le précédent et s'appuie surtout sur les observations des différents auteurs. Quant au 4e chapitre qui traite de l'explication pathogénique de la fièvre et des autres manifestations du goître exophthalmique, il est dû tout entier à la plume de M. Renaut. Le savant professeur part de ce fait que dans tous les cas de maladie de Basedow dont il a fait l'examen anatomique, il a trouvé des lésions du corps thyroïde (kystes, thyroïdite interstitielle) lésions qui annulent l'énorme système de voies lymphatiques au sein desquelles plongent les formations glandulaires de cet organe et peuvent ainsi être cause d'accidents toxiques par les troubles qu'elles amènent dans la résorption des substances apportées ou fabriquées dans le corps thyroïde. M. Renaut pense aussi qu'il faut tenir compte de la présence d'un élément infectieux consistant en un organisme figuré vivant qui, par son développement et son action plus spéciale sur tel ou tel appareil, produirait les aspects cliniques divers sous lesquels se montre la maladie de Basedow. M. Renaut fait encore une remarque et des plus justes, c'est que « dans le goître exophthalmique, fruste ou non, toujours la circulation de la tête et souvent celle du membre supérieur sont ramenés à un type presque identique à celui existant dans la maladie de Corrigan (insuffisance aortique) ». Cette thèse contient le résumé de 36 observations. Pierre MARIE.

Considérations cliniques sur le traitement du catarrhe chronique des fosses nasales ; par le Dr LACOARRET. — O. Doin, éditeur. — Thèse de Bordeaux, 1888.

Dans une première partie, ce travail comprend l'étiologie et la symptomatologie des trois formes types du catarrhe chronique non ulcéreux des fosses nasales : les formes simple, hypertrophique, atrophique ou ozène essentiel. L'ozène essentiel est étudié un peu plus longuement, l'auteur donne les théories émises au sujet de sa nature.

La seconde partie renferme le traitement de l'affection. Elle comprend un traitement étiologique général qui se subdivise en : 1° Traitement diathésique ; 2° traitement général non diathésique ; 3° traitement étiologique local. — Les trois chapitres suivants ont trait à la médication symptomatique et morbide de chacune des formes de rhinite. L'auteur signale les divers procédés thérapeutiques employés dans les différents cas, les discute, et donne, en s'appuyant sur ses observations, la méthode qui lui paraît la plus sûre pour triompher de la maladie dans ses stades successifs. Ce travail se termine par de nombreuses observations qui, en ce qui concerne l'ozène, montrent qu'on peut obtenir une guérison absolue. Citons encore un index bibliographique fort complet.

Etude médico légale sur la mort subite à la suite de coups sur l'abdomen et le larynx ; par le Dr MINOVICI. Thèse, Paris, 1888. Ollier-Henri, éditeur.

Cette thèse repose sur 10 observations de coups sur l'abdomen et 3 sur la région laryngienne, l'auteur ayant laissé de côté toute observation ne présentant pas une démonstration suffisante. La plupart de ces cas ont été contrôlés par M. le Dr Brouardel et M. Vibert, d'autres sont dues à Maschka. Les coups violents (coups de tête, coups de pied) donnés sur l'abdomen peuvent entraîner la mort subite, ou dans l'espace de quelques instants, sans qu'on trouve à l'autopsie aucune lésion qui puisse expliquer cette terminaison fatale aussi rapide. D'autres fois, le traumatisme étant moins fort, il peut n'y avoir qu'une syncope dont la durée est plus ou moins longue. Il en est de même pour les coups sur la région du larynx ; dans un cas, il s'agit d'un enfant qui mourut subitement après avoir reçu au niveau du larynx une pierre lancée par un camarade. Dans un autre cas, un individu tombe sur le rebord d'une table, le cou en avant et meurt instantanément. A l'autopsie, on ne trouve aucune lésion expliquant la mort, quoique Koch admette un œdème laryngé subit, qui entraînerait celle-ci. Ou, comme le montre bien M. Minovici, la mort est très prompte, et on ne peut admettre qu'un œdème se produise aussi rapidement, et ne laisse aucune trace. Tous ces divers phénomènes peuvent être expliqués par l'inhibition, dont l'auteur retrace longuement tous les faits expliqués par la physiologie ; cette inhibition est due à une excitation des nerfs périphériques, et la présence de plexus fort abondants dans l'abdomen et autour du larynx explique fort bien ces faits. Cette idée est suivie de considérations médico-légales fort intéressantes, au point de vue de la rédaction du procès-verbal, que doit fournir le médecin légiste, lequel doit pouvoir conclure à la possibilité de la mort à la suite de coups violents sur l'abdomen et le larynx, sans que l'autopsie révèle aucune lésion anatomique. Cette thèse est fort intéressante, et faite avec un grand soin et une grande méthode; les faits qu'elle exprime sont de la plus haute importance pour le médecin légiste.

A. RAOULT.

Etude clinique sur le massage appliqué au traitement des fractures juxta-articulaires ; par le Dr RAFIN. — Librairie J.-B. Baillière, 1888.

M. Rafin à qui on doit déjà (*Lyon médical*, septembre 1886), l'observation d'un malade atteint de fracture de la rotule, traité par le massage dans le service de M. Tripier, sans les appareils immobilisateurs ordinaires, publie dans la présente étude, dix nouvelles observations de fractures juxta-articulaires auxquelles il a appliqué le même traitement, ces observations comprennent : 2 fractures du péroné, 2 fractures du radius, 1 fracture double du cubitus, 1 fracture du coude, 1 fracture de la rotule, 1 fracture bi malléolaire, 1 fracture de la malléole externe. Elles ont été prises chez l'adulte (8 fois), chez l'enfant (1 fois) et chez le vieillard (1 fois). En aucun cas on ne s'est servi d'appareils inamovibles, mais simplement de gouttières mobiles ou d'attelles en bois avec bandes de flanelle. Car la méthode repose sur deux principes : l'immobilisation réduite à ses dernières limites, et les manipulations pratiquées dès le début sur l'articulation voisine de la fracture et dans la continuité du membre. La durée du temps nécessaire pour la consolidation, n'a pas été plus longue que dans les modes habituels de traitement ; elle a même paru moindre dans certains cas. En outre la durée du traitement a été diminuée d'une façon générale, parce qu'il n'y a pas eu cette phase de raideurs si longtemps prolongées, qu'on observe parfois dans les fractures juxta-articulaires. C'est dire que pour les fractures sans déplacement primitif, ou sans tendance au déplacement après la réduction opérée, M. Rafin, préconise formellement le traitement par le massage. Pour les fractures avec tendance au déplacement, il est plus difficile de faire bénéficier le malade des avantages du massage et de la mobilisation hâtive tout en obtenant la consolidation dans la position la plus parfaite possible. Aussi M. Tripier propose pour ces dernières fractures, de divi-

ser le traitement en 3 temps : pendant le premier, se préoccuper uniquement de faire résorber l'épanchement par le massage ; dans le deuxième (le plus court possible), assurer la consolidation par les appareils ; en troisieme lieu, reprendre le traitement mobilisateur. Il existe une contre indication au traitement primitif par le massage, c'est l'effraction de la peau,

VARIA

Fin des notes sur l'ancien Hôtel-Dieu.— Lettre remarquable du chirurgien Desault, signalant les abus commis par les Religieuses Augustines.

Le 16 janvier 1788, le bureau demanda aux médecins de l'Hôtel Dieu de vouloir bien donner leur avis sur les réformes qu'on devait apporter à l'Hôtel Dieu. Nous ne voyons aucun mémoire de ces derniers dans les registres. Nous ne trouvons qu'un homme qui va demander énergiquement l'application des règlements. Cet homme, c'est Desault, l'illustre chirurgien de l'Hôtel Dieu, une des gloires de la science française (1).

Nous ne sommes plus à l'époque où les barbiers-chirurgiens, pour la plupart ignorants, n'étaient l'objet d'aucune considération. Depuis 1720, date de la fondation de l'Académie de chirurgie, il s'est formé des savants, bien différents des barbiers des siècles derniers. Ces hommes peuvent compter désormais pour les conseils qu'ils ont à donner, et qui seront suivis comme émanants de praticiens éclairés. Desault va opérer une révolution dans les hôpitaux. Il aura bientôt des imitateurs qui continueront avec lui la grande réforme entreprise de rendre les chefs de services maîtres absolus de tout ce qui se passe dans leurs salles. Comme lui, ils secoueront le joug stupide et barbare imposé par les religieuses et les maîtres spirituels et ils feront place, pour la dignité de la médecine et de la chirurgie françaises à leurs collègues et à leurs élèves dans les services d'hôpitaux, en leur donnant l'autorité et la direction absolue sur les malades confiés à leur responsabilité et en enlevant aux sœurs la prépondérance qu'elles possédaient depuis tant de siècles. Voici une des lettres adressées par Desault à la Compagnie :

Messieurs,

Lorsque vous réunîtes la salle St-Nicolas et la salle St-Paul en une seule salle, *uniquement destinée pour le traitement des hommes blessés*, je jouissais d'avance du plaisir de voir ces malades pour la guérison desquels le repos et la situation constante sont si essentiels et si nécessaires, n'estant plus entassés les uns sur les autres, dans des lits très rapprochés, mais se trouver à leur aise, la plupart coucher seuls, un très petit nombre à deux dans un même lit. Mon plaisir ne fut pas de longue durée. Le nombre des malades semble augmenter en raison du surcroît des lits, et, malgré que je redoublasse de soins pour hâter leur guérison et leur sortie, j'eus toujours le désagrément de les voir, comme auparavant réunis trois, et même quatre dans le même lit, et leur nombre se monte à 3300, 3400 (2).

Si ce nombre est augmenté dans la même proportion dans la salle St-Jean, où sont aujourd'hui couchées les femmes blessées, on eut peut-être été fondé à renouveller l'objection déjà plusieurs fois répétée qu'à mesure que les malades seroient mieux dans l'hôpital, ils y viendroient en foule, et que quel que fut l'agrandissement qu'on put donner à l'Hôtel Dieu, il seroit toujours trop petit. Mais cette objection tombe d'elle-même par la comparaison du nombre des malades qu'il y a dans ces deux salles, puisque dans la salle St-Jean, qui remplace l'ancienne salle St-Nicolas, ce nombre est aujourd'hui diminué, que de 100 à 110, qu'elles étoient autrefois (c'est le terme moyen), elles n'ont encore été que 80 à 90. Il faut donc chercher ailleurs les raisons de cette différence; il ne sera pas, je crois, difficile d'en dévoiler la vraie cause et de démontrer que ce n'est qu'au défaut d'ordre, tant dans la réception que dans la sortie des malades et au défaut de régime qu'on doit l'attribuer. En effet, comme l'on reçoit indistinctement, sans inscription et sans visite, tous les malades qui se présentent pendant la nuit, il arrive qu'un grand nombre de gens ivres qui, en tombant par terre, se sont fait quelque égratignure, sont couchés dans la salle St-Paul. L'inconvénient ne serait peut-être pas grand si on pouvait les renvoyer le lendemain ou aussitôt après leur guérison, mais il faudra attendre le jour de la sortie et il n'a lieu que trois fois la semaine, souvent que deux fois et même moins, lorsqu'il y a une ou plusieurs fêtes, ou que les religieuses préposées aux chemises et aux habits ont quelqu'autre affaire, qu'il y a quelque cérémonie dans leur communauté, telle que lundi dernier, où parce qu'une novice prenait le voile, on n'a pu faire le renvoi des malades, mais il ne pourra pas encore partir le premier jour de sortie, parce que sa chemise, qui aura été mise à la lessive, n'est pas blanche et ne peut lui être rendue, il restera donc au moins huit jours dans l'hôpital et plus longtemps s'il le désire, et a quelque recommandation auprès de la religieuse ; il y a, en outre, dans cette salle une infinité de paresseux et de désœuvrés qui ne sont plus malades et qui s'en vont de leur lit le matin et le soir à l'heure des pansements, afin de n'être point apperçus par les chirurgiens qui les feroient renvoyer, et qui y reviennent lors de la distribution des alimens, conservant une bande autour d'un bras ou d'une jambe et disant à la religieuse qu'ils ne sont pas guéris. Il y en a encore beaucoup qu'elle sçait guéris et n'avoir plus besoin de pansement, mais qu'elles gardent, comme elles le disent, par principe de charité, parce qu'ils sont pauvres, qu'ils n'ont point un lit (1), qu'ils s'y trouvoient bien autrefois et qu'il y auroit, suivant elles, de l'inhumanité de renvoyer ces malheureux puisqu'elles peuvent les auberger. Enfin, ajoutons à toutes ces causes le défaut de régime et de police dans l'intérieur des salles. Il n'y a point de maladies où la trop grande quantité d'aliments ait autant d'influence que dans les maladies chirurgicales, elle retarde la guérison des ulcères les plus simples, et même souvent les fait dégénérer en ulcères de mauvaise nature, et il est prouvé qu'en général les religieuses donnent trop à manger. *Je ne répéterai point ici toutes les fautes en ce genre qu'elles peuvent commettre, elles ne sont que trop connues de l'administration.* Le défaut de police dans l'intérieur des salles fait qu'ils se gorgent encore d'aliments qu'on leur apporte de la ville, tels que pain, viande, vin, etc., qu'ils boivent et même souvent s'enivrent avec leurs parents ou amis, qui viennent les voir ; ils se lèvent, se promènent sans que personne puisse les empêcher et l'on scait combien le marcher est contraire aux plaies de jambes et retarde leur guérison. Je crois cet exposé suffisant pour mettre hors de doute et rendre évidente la source de ce nombre excessif de malades dans la salle St-Paul, *et je suis intimement persuadé qu'il diminuera au moins d'un tiers*, aussitôt qu'il plaira à l'administration d'y établir le régime, *et elle peut le faire*, quand elle le jugera à propos, quoique les lits destinés pour cette salle ne soient point encore placés, et elle ne doit point craindre de confusion, ni de quiproquo, puis qu'outre le nom de chaque malade, qui doit être écrit en entrant, tant sur le registre du chirurgien du département que sur celui du topique, on pourroit encore ajouter à la tête de chaque nom, le nombre un ou deux, lorsqu'ils seroient couchés plusieurs, ou telle autre marque qui les désigneroit d'une manière infaillible.

J'ai l'honneur d'être, Messieurs, etc. Signé : De Sault.

(*Reg.* 158 *et Docts. Tom. II, p.* 227-28.)

A la suite de cette lettre, la Compagnie arrête le 30 janvier 1788, « que le règlement du 15 juillet 1787 sera exécuté dans les salles de chirurgie et que le premier chirurgien fera écrire sur le cahier de visite les alimens qu'il croira devoir prescrire aux malades atteints de maladies chirurgicales conformément à l'article 24 du même règlement; que lesdits alimens leur seront distribués conformément à l'article 41 en présence du chirurgien du département qui lira les ordonnances pour chaque malade à la relligieuse chargée de faire la distribution; que ledit premier chirurgien désignera tous les malades qu'il croira guéris ou incurables, et dans le cas d'être renvoyés, pour la notte en être donnée par le chirurgien du département à l'inspecteur des salles, afin qu'il les fasse sortir conformément à l'article 23. Et qu'au surplus, les articles dudit règlement relatifs au service, à l'ordre et à la police des salles,

(1) Ces documents ont peut-être disparu, comme beaucoup d'autres. Sous les régimes précédents, on ne pouvait consulter les Archives de l'Assistance publique que par exception, et l'exception n'était faite qu'au profit de ce qu'on appelait des gens bien pensants. C'est au Conseil municipal que l'on doit surtout ce qui a été fait pour mettre un peu d'ordre dans ces archives et pour la publication d'une partie des documents. Nous ne regrettons pas la part que nous avons prise aux dépenses occasionnées par cette réorganisation et par ces publications. (B.).

(2) Desault fut le plus ardent polémiste pour l'isolement des malades. Il combattit toute sa vie avec ardeur le système ancien, qui consistait à mettre plusieurs malades dans un même lit et à laisser les *blessés* avec les *fiévreux*. Après plus de *cent ans* cette réforme si simple, si facile à réaliser, est encore bien loin d'être partout réalisée. C'est une honte pour notre pays. Nous reviendrons prochainement sur cette très importante question. (B.).

(1) Desault oublie d'ajouter : parce qu'ils disent bien leur chapelet.

seront exécutés selon leur forme et teneur dans celles de Saint-Paul et de Saint-Nicolas (salles confiées à Desault)» (1).

Le 6 février, la Compagnie arrête que les règlements devront être exécutés dans toute la maison.

1° Qu'à compter du 1er mars prochain, les domestiques sans gages de l'un et de l'autre sexe, employés dans la maison sous le nom de convalescens seront supprimés dans toutes les salles et offices où il en reste encore et remplacés par des domestiques à gages. — 2° Que lesdits nouveaux domestiques recevront 60 livres de gages et les filles 48 livres, qu'ils seront habillés et entretenus de linge, conformément à l'article 4 du reglement du 18 juin dernier (1787). — 3° Que ledit reglement sera exécuté à leur égard dans tout son contenu, soit relativement aux avantages accordés ausdits domestiques, soit relativement aux conditions à eux imposées, etc.

Ces rigueurs bien justifiées du Bureau produisirent un effet foudroyant sur les religieuses. A l'assemblée du 15 février, on apporte une lettre de la mère Prieure, ainsi conçue :

Paris ce 15 Février 1788.

Messieurs,

Je vous prie de vouloir bien me faire donner copie de la lettre du sieur De Sault qui paroit avoir motivé votre délibération du 30 janvier dernier, il est intéressant pour ma communauté de la connoitre. Je pense aussi, Messieurs, que vous voudrez bien encore sursoire quelque temps l'exécution de cette délibération, l'opposition judiciaire que j'ai formée, et mes réclamations contre le règlement méritent cette déférence.

Je suis avec respect, Messieurs, votre très humble et très obéissante servante. Signé : SOEUR DE LA CROIX, *Prieure*.

Cette fois-ci, le Bureau ne bronche pas ; et, le même jour, il répond à la mère Prieure la lettre suivante :

Paris ce 15 Février 1788.

Madame,

Le Bureau n'est point dans l'usage de communiquer les lettres et les mémoires qui lui sont adressées, soit par les médecins, soit par tout autre, qu'autant qu'il auroit à prendre des éclaircissemens nécessaires. La délibération du 30 janvier qui ne consiste qu'à appliquer aux salles Saint Paul et Saint Nicolas le regime, a eu pour principal motif de parer à l'inconvénient de la surcharge de ces deux salles, et le Bureau ne pense pas que les circonstances doivent lui faire surseoir son exécution ; d'ailleurs, étant moins nombreux le vendredy, il seroit déplacé que trois de ses membres arrêtassent l'exécution d'une délibération prise le mercredy à l'unanimité de la Compagnie.

Nous sommes bien respectueusement, etc.

Signé LECOUTEULX DE VERTRON, MARRIER ET MARTIN.

Le mercredi suivant, 20 février, cette affaire fut communiquée à la Compagnie rassemblée toute entière qui résolut d'envoyer à nouveau au Procureur général des observations sur l'autorité qu'on devait conserver au Bureau pour se faire respecter et obéir dans toute la maison.

Les religieuses, est-il dit dans ces observations, prétendent que *l'autorité du bureau doit être renfermée dans certaines bornes*, au delà desquelles le gouvernement de l'Hôtel Dieu leur appartient sans partage. Si les religieuses ont des titres pour fonder leurs prétentions, elles les ont sans doute exposées dans le mémoire qu'elles ont remis à M. le Procureur général, et il doit être facile de juger sur ce mémoire seul, si ces titres, quels qu'ils soient, doivent l'emporter sur le bien public, qui réclame cette autorité toute entière sur l'administration d'un établissement public. Si elles n'en ont pas, la question doit être bientôt décidée. Mais les conséquences qui peuvent résulter de l'admission d'une seule des demandes des religieuses tendantes à partager l'autorité de l'administration sont telles que, pour les prévenir, elle ne doit pas dissimuler à M. le procureur général qu'elle regardait ce parti comme un obstacle invincible à *la réforme des abus*, et même comme une source de nouveaux, et que rien ne serait plus capable de lui faire croire que ses services ne peuvent plus être utiles, dès que la réforme des abus qui s'opposent à la guérison des malades et qui ruinent la maison n'est plus en son pouvoir...

Le 27 février, le bureau ayant eu connoissance du *peu de succès* des démarches de M. le Procureur général pour prévenir ou au moins arrêter toutes voyes judiciaires de la demande formée par les prieure et relligieuses, pour que M. le premier président veuille bien leur nommer un procureur pour occuper en leur nom, informé enfin de la distribution du mémoire imprimé pour lesdite prieure et relligieuses, *répandu dans le public avec profusion*, a arrêté que M. le Premier President sera prié de nommer pour procureur auxdites prieure et relligieuses, soit Me Paulin, qu'elles auroient chargé, soit tel autre qu'il jugera à propos, que M. le Procureur général sera également prié de se constituer et que l'audiance sera indiquée au lendemain de quasimodo... Le Bureau ajoute qu'il voit avec douleur des filles qui, en se consacrant à la relligion, se sont vouées spécialement au service des pauvres malades, distraites d'occupasions aussi utiles qu'elles ont toujours *remplies avec ardeur*, par les plaintes qu'elles forment en justice, etc.

Le 18 mars, Monseigneur l'Archevêque a fait récit au Bureau qu'en exécution de la délibération du 27 du mois dernier, il s'étoit rendu à l'Hôtel Dieu avec M. le Premier Président de la Cour des Aydes, Monsieur le Procureur général, Messieurs Lecouteulx de Vertron et Martin, que Monsieur le Doyen du Chapitre de l'Eglise de Paris et deux de Messieurs les Chanoines visiteurs au spirituel de l'Hôtel Dieu qui, aux termes de ladite délibération y avoient été invités, s'y étoient pareillement rendus, qu'il avoit exposé aux religieuses qui y étoient assemblées l'objet de sa mission qui étoient d'entendre leurs observations sur le règlement dont elles se plaignoient, de les discuter avec elles dans un esprit de paix, sous le véritable point de vue qui avait dirigé le Bureau, *infiniment éloigné* d'altérer en rien la considération due à des personnes qui se sont consacrées par pitié au service des pauvres malades, qu'elles s'étoient expliquées de manière à ne point donner d'espérance de sortir de l'erreur où elles étaient sur leurs prétentions, qu'il les avoit ensuite invitées à dresser un mémoire d'après les réflexions que cette conférence les mettoit à portée de faire, et à députer la Prieure avec douze des religieuses à l'archevêché le samedy suivant pour y aporter ledit mémoire et savoir leurs dernières intentions. Que ledit jour ces *députées* étoient venues à l'Archevêché où s'étaient trouvés tous ceux qui avoient assisté à la première conférence et *qu'elles avoient déclaré n'avoir rien à changer aux demandes formées par elles* et contenues dans leur requête et dans leur mémoire, de sorte qu'il n'avait à présenter au Bureau que des regrets du peu de succès de cette démarche.....

Le Bureau, après avoir unanimement remercié l'archevêque, a arrêté de persister dans sa résolution du 27 février dernier — (*Reg.* 158 et *Doc*ts, tom. II, p. 222 et suiv.).

Jusqu'à la fin de l'année, les administrateurs vont continuer leur travail d'améliorations. Le temps n'est plus où la Compagnie avait l'habitude de céder aux religieuses. Nous arrivons à la grande époque des vraies réformes qui, cette fois, vont s'accomplir sans rémission.

1789!... C'est la date de notre grande Révolution. C'est là que nous terminerons ces *Notes*, déjà longues pour nos lecteurs,

(1) Voici les articles sur lesquels les religieuses furent en désaccord avec l'Administration :

Art. 23. — Les médecins désigneront sur le cahier de visite les malades qu'ils jugeront guéris et il en sera donné tous les jours une note à l'inspecteur des salles par le chirurgien du département, afin qu'il les fasse sortir et leur fasse rendre leurs habillements. Il ne pourra être retenu aucun de ceux qui auront été désignés comme guéris.

Art. 24. — Le premier chirurgien fera dans les salles des blessés, des taillés, et des opérations deux visites par jour dont la première commencera à 6 heures du matin et la seconde à trois heures du soir. Il y prescrira les médicamens conformément à la délibération du 18 août 1784. Il y prescrira aussi les alimens dans tous les cas de maladie purement chirurgicale, en se conformant à ce qui a été dit ci-dessus pour les visites des médecins. Il se concertera avec le médecin du département pour le traittement et le régime des maladies mixtes.

Art. 41, — La distribution des alimens se fera par la mère cheftaine de chaque salle accompagnée des infirmiers ou infirmières qui lui seront nécessaires, le chirurgien de chaque département assistera à la distribution tenant en main le cahyer de visite, et nommant à la religieuse la qualité et la quantité d'alimens à distribuer à chaque malade et il prendra garde à ce que la distribution se fasse exactement et sans méprise, conformément à ce qui sera prescrit dans chaque cahier de visite

mais encore incomplètes de l'histoire hospitalière de Paris, au point de vue des différends entre le temporel et le spirituel. La période qui va suivre est trop importante et trop considérable pour qu'on ne s'y arrête longuement. Les notes que nous avons amassées sur cette partie de notre histoire seront l'objet de travaux postérieurs. Nous les poursuivons actuellement avec ardeur et enthousiasme. Les hommes de 89 à 93 qui ont tant fait pour le progrès et l'humanité ont droit à notre admiration et à notre reconnaissance. Ils ont combattu pour la destruction des préjugés et du fanatisme religieux. Ils valent bien qu'on leur consacre de nombreuses pages qui relateront leurs travaux et confondront, nous osons le croire, le clergé rétrograde et orgueilleux qui voudrait encore aujourd'hui nous dominer comme il a jadis dominé nos pères et faire de nous ses esclaves !

Il ne manque pas parmi les citoyens de la République française d'hommes à l'esprit ouvert et éclairé qui ne demandent qu'à connaître la vérité. Mais une grande partie partage le sort commun : elle ne peut ou ne veut pas chercher cette vérité, de là une indifférence répréhensible pour tous les abus qui persistent autour de nous. C'est cette indifférence qu'il faut combattre en ouvrant les yeux à nos concitoyens. Il faut leur exposer les faits les plus intimes de l'histoire du clergé qui n'a jamais tenté qu'à dominer la société tout entière et qui le fera encore tant que chacun n'aura pas pris à cœur l'éloignement immédiat de ces faux citoyens qui refusent de participer à tous nos devoirs sociaux et qui veulent quand même s'arroger le droit de nous commander. Nous ferons tout ce que nous pourrons pour mettre à jour, dans la suite, tous les documents que les ennemis du Progrès et de la Science nous ont soigneusement cachés, ne réservant pour eux que les éloges et trompant ainsi la bonne foi du public. Nous nous efforcerons encore de donner, s'il nous est possible, des renseignements plus complets sur l'histoire de ce clergé, cause de tant de malheurs. Cette œuvre ne sera assurément pas lucrative, mais du moins, nous l'espérons, elle sera une œuvre honorable et éminemment républicaine.

Albin ROUSSELET.

Organisation du concours pour les places de médecin adjoint des Asiles publics d'aliénés.

Le président du conseil, ministre de l'intérieur. Sur la proposition du directeur de l'Assistance publique et des institutions de prévoyance. — Vu la loi du 30 juin 1838, l'ordonnance du 18 décembre 1839 et les décrets des 6 juin 1863 et 4 février 1875 ; — Vu le décret du 25 mars 1852 ; Vu l'arrêté ministériel en date du 6 mars 1888 instituant une commission chargée d'étudier le meilleur mode de concours à organiser pour l'admission aux emplois de médecins adjoints des asiles publics d'aliénés, — Vu le rapport présenté par ladite commission (1), — Vu l'avis de M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts ; — Arrête :

ARTICLE PREMIER. — Il est institué un concours pour l'admissibilité aux emplois de médecins adjoints des asiles publics d'aliénés.

ART. 2. — Le concours sera régional ; il y aura autant de régions que de facultés de médecine de l'État. — La circonscription de chaque région sera composée comme il est indiqué dans le tableau annexé au présent arrêté.

ART. 3. — Les candidats devront être Français et docteurs d'une des Facultés de médecine de l'État. — Leur demande devra être adressée au ministre de l'intérieur qui leur fera connaître si elle est agréée et s'ils sont admis à prendre part au concours. Ils ne devront pas être âgés de plus de trente ans au jour de l'ouverture du concours. Ils auront à justifier de l'accomplissement d'un stage d'une année au moins, comme internes d'un [illegible] public ou privé consacré au traitement de l'aliénation mentale. Toute demande sera en conséquence accompagnée des pièces faisant la preuve de ce stage, de l'acte de naissance du postulant, ainsi que de ses états de services quelconques. Les candidats [illegible] [illegible] à [illegible] dans l'une ou l'autre des régions. Au fur et à mesure des vacances d'emplois qui se produiront dans les asiles publics de la région où ils auront passé le concours, les candidats déclarés admissibles seront désignés [illegible] [illegible], suivant l'ordre [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] des examens.

(1) Cette commission était composée de MM. Bourneville, président et rapporteur ; Dennet, médecin-directeur de l'asile de Vaucluse ; Girand, médecin-directeur de l'asile de Quatre-Mares,

ART. 4. — Un premier concours sera ouvert en 1888 dans chaque région pour l'application du présent arrêté, à une date qui sera ultérieurement déterminée. Ce concours aura lieu en vue de l'admission de trois candidats dans la région de la Faculté de médecine de Paris et de deux candidats dans chacune des autres régions. — Un nouveau concours n'aura lieu ensuite dans chaque région que lorsque la liste des candidats déclarés admissibles y sera épuisée à une seule unité près.

Chaque concours sera annoncé au moyen d'insertions faites au *Journal Officiel* et dans le *Recueil des Actes administratifs* de la préfecture du chef-lieu de chaque région. Tout admissible qui n'aurait pas été pourvu d'un emploi dans un délai de six ans à compter de la date de ce concours, aura à se soumettre de nouveau aux épreuves instituées par le présent arrêté, à moins qu'il ne justifiât avoir, dans l'intervalle, été attaché, pendant trois ans au moins, à un asile d'aliénés en qualité d'interne (1).

A titre exceptionnel, et lorsqu'il y aurait urgence à nommer le médecin adjoint d'un asile dans une région où la liste des admissibles se trouverait épuisée, l'administration supérieure conservera la faculté d'appeler à cet emploi un candidat d'une autre région, à la condition que celui-ci déclarera expressément renoncer au droit qui lui appartient d'obtenir son poste de début dans la région où il a subi le concours. A titre exceptionnel également et lorsqu'une nécessité d'ordre supérieur le recommanderait, ou encore par mesure disciplinaire, tout médecin adjoint nommé pour son début dans la région où il aura concouru, pourra être ensuite envoyé avec ses mêmes fonctions dans un asile situé hors de cette région.

ART. 5. — Les médecins adjoints pourront être nommés médecins en chef ou directeurs-médecins dans toute la France.

ART. 6. — Le jury chargé de juger les résultats du concours sera composé, dans chaque région : 1° de trois directeurs-médecins ou médecins en chef de la région ; 2° d'un inspecteur général des établissements de bienfaisance (2) ; 3° d'un professeur désigné par la Faculté de médecine de la région. Les directeurs-médecins et les médecins en chef appelés à faire partie du jury seront désignés par voie de tirage au sort parmi les docteurs qui remplissent l'une ou l'autre de ces fonctions dans un des asiles publics de la région. Il sera procédé, en outre, au tirage au sort d'un juré suppléant pris également parmi les directeurs-médecins et médecins en chef.

ART. 7. — Les épreuves sont au nombre de quatre.

1° Une *question écrite* portant sur l'*anatomie* et la *physiologie du système nerveux* pour laquelle il sera accordé trois heures aux candidats. Le maximum des points sera de 30 ; 2° Une *question orale* portant sur la médecine et la chirurgie ordinaires pour laquelle il sera accordé 20 minutes de réflexion et 15 minutes pour la dissertation. Le maximum des points sera de 20 ; 3° Une *épreuve clinique* sur deux malades aliénés. Il sera accordé 30 minutes pour l'examen des deux malades, 15 minutes de réflexion et 30 minutes d'exposition. L'un des deux malades devra être examiné et discuté plus spécialement au point de vue médico-légal. Le maximum des points sera de 30 ; 4° Une *épreuve sur titres*. Les travaux scientifiques antérieurs des candidats seront examinés par le jury et feront l'objet d'un rapport qui pourra être communiqué aux candidats sur leur demande. Le maximum des points sera de 10. Les points pour cette épreuve devront être donnés au début de la première séance de lecture des compositions écrites.

ART. 8. — Ne seront pas soumis aux épreuves du concours institué par le présent arrêté le chef de la clinique des maladies mentales organisée à l'asile Sainte-Anne ; [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] aux dispositions des articles 3 et 4 de l'arrêté ministériel du 8 octobre 1879 (3).

ART. 9. — Le directeur de l'Assistance publique et des institutions de prévoyance est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Paris, le 18 juillet 1888. *Pour le président du conseil*, le sous-secrétaire d'État, signé : Léon BOURGEOIS.

(1) Il nous paraît difficile qu'il n'y ait pas de [illegible] [illegible] de médecin adjoint dans un délai plus [illegible] : — la [illegible] de [illegible] [illegible] *après 30 concours* [illegible], nous paraît [illegible] [illegible] ne peut s'expliquer que par une connaissance insuffisante des concours dans les bureaux du ministère de l'intérieur.

(2) Nous avons demandé un inspecteur général, *médecin*, ce qui nous semblait logique. Pourquoi ne pas le faire ?

(3) Voilà une disposition singulière qui, bonne en principe, surtout pour Paris, il faudrait l'appliquer aux chefs de clinique des autres Facultés. Limitée à Paris, c'est une prérogative qui sent le [illegible].

Tableau déterminant la circonscription de chacune des six régions où aura lieu un concours (1) :

FACULTÉS	ECOLES préparatoires	DÉPARTEMENTS	ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS
Paris . . .		Seine.	Sainte-Anne. Vaucluse. Ville-Evrard. Villejuif.
	Caen	Calvados	
		Manche.	
		Orne.	Alençon.
		Eure-et-Loir.	Bonneval.
	Rouen. . . .	Seine Inférieure	Saint-Yon. Quatre-Mares.
		Eure.	Evreux.
		Seine-et-Oise.	
	Rennes . . .	Ille-et Vilaine.	Saint-Méen.
		Côtes-du-Nord.	
		Finistère.	Quimper.
		Morbihan.	Lesvellec.
	Nantes . . .	Loire-Inférieure.	
		Vendée.	La Roche-sur-Yon.
		Deux Sèvres	
		Charente.	Brenty.
		Charente-Inférieure.	Lafond.
	Angers . . .	Maine-et-Loire.	Sainte-Gemmes.
		Mayenne.	La Roche-Gandon.
		Sarthe.	Le Mans.
	Poitiers . .	Vienne.	
		Indre.	
		Creuse.	
	Limoges. . .	Haute-Vienne.	Naugeat.
		Corrèze.	
		Dordogne.	
	Tours	Indre-et-Loir.	
		Loir-et-Cher.	Blois.
		Loiret.	
		Cher.	Bourges.
ille. . . .		Nord.	Armentières. Bailleul
	Arras	Pas-de-Calais.	Saint-Venant.
	Amiens . . .	Somme.	
		Aisne.	Prémontré.
		Oise.	Clermont.
Naucy . . .		Meurthe-et-Moselle.	Maréville.
	Besançon . .	Doubs.	
		Jura.	Dôle.
		Haute-Saône.	
		Territoire de Belfort.	
	Reims. . . .	Vosges.	
		Marne.	Châlons.
		Seine-et-Marne.	
		Ardennes.	
		Aube.	
		Meuse.	Fains.
Lyon . . .		Rhône.	Brou.
	Dijon	Côte-d'Or.	Dijon.
		Haute-Marne.	Saint-Dizier.
		Nièvre.	La Charité.
		Yonne.	Auxerre.
		Saône-et-Loire.	
	Grenoble . .	Isère.	Saint-Robert.
		Hautes-Alpes.	
		Ardèche.	
		Drôme.	
		Savoie.	Basens.
		Haute-Savoie.	
		Ain.	
ordeaux .		Gironde.	Bordeaux. Cadillac.
	Clermont . .	Puy-de-Dôme.	
		Cantal.	
		Haute-Loire.	
		Allier.	Sainte-Catherine.
		Loire.	
		Lozère.	Saint Alban.
		Aveyron,	Rodez.
	Toulouse. . .	Haute Garonne	Braqueville.
		Ariège	Saint-Lizier.
		Gers.	Auch.
		Lot.	
		Tarn.	
		Tarn-et-Garonne.	
		Hautes-Pyrénées.	
		Basses-Pyrénées.	Saint Luc.
		Landes.	
		Lot-et-Garonne.	
Montpellier.	Alger	Hérault.	
		Alger.	
	Marseille . .	Bouches-du-Rhône.	Aix. Marseille.
		Corse.	
		Basses-Alpes.	
		Alpes-Maritimes.	
		Var.	Pierrefeu.
		Vaucluse.	Montdevergues.
		Gard.	
		Aude.	
		Pyrénées-Orientales.	

(1) Pour la répartition des départements entre chaque région, on s'est guidé sur les dispositions de l'arrêté du Ministre de l'Instruction publique en date du 22 juillet 1878, qui a déterminé les circonscriptions des facultés de médecine des écoles de plein exercice et des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Les infirmières dans les hôpitaux de Glascow.

Le *Glascow medical journal* vient de publier récemment l'histoire succincte des nombreux hôpitaux et asiles que possède Glascow. Parmi les détails sur le fonctionnement de ces différents établissements, on remarque que partout ce sont des infirmières laïques que l'on emploie. Ces infirmières, dont la situation matérielle paraît le plus souvent supérieure à celle de nos infirmières en France, sont prises, grâce à cela probablement, dans un milieu plus instruit et mieux élevé en général. Toutes suivent des cours avant d'obtenir le diplôme d'infirmière, et ces cours, qui sont au minimum d'un an, en durent deux et trois dans la majorité des cas; pendant ces années d'études, elles sont du reste employées comme infirmières dans les hôpitaux. Les examens probatoires qu'elles subissent portent sur un nombre de matières beaucoup plus considérable que chez nous, où certains trouvent cependant que c'est exagéré, comme s'il y avait à craindre qu'elles en sussent jamais trop. Ainsi, il n'y a plus guère qu'en France où beaucoup de gens, et même de médecins, se figurent encore qu'il n'y a que les religieuses pour bien soigner les malades. Nous n'avons qu'à regarder chez tous nos voisins pour voir que ce préjugé a complètement disparu et qu'on a enfin compris que pour avoir des infirmières instruites et capables d'exécuter intelligemment les ordres du médecin, c'était aux laïques qu'il fallait s'adresser. P. S.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 9 sept. 1888 au samedi 15 sept. 1888, les naissances ont été au nombre de 1120, se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 422 ; illégitimes, 137. Total, 559. — *Sexe féminin :* légitimes, 403 ; illégitimes, 158. Total, 561.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 9 sept. 1888 au samedi 15 sept. 1888, les décès ont été au nombre de 855, savoir : 435 hommes et 420 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 9, F. 7. T. 16. — Variole : M. 1, F. 0, T. 1. — Rougeole : M. 4, F. 9. T 13. — Scarlatine : M. 1, F. 0, T. 1. — Coqueluche : M. 2, F. 2. T. 4. — Diphthérie, Croup : M. 9, F. 9, T. 18. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 102, F. 67. T. 169. — Autres tuberculoses : M. 14, F. 14. T. 28. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 5. T. 5. — Tumeurs malignes : M. 14, F. 35. T. 49. — Méningite simple : M. 11, F. 12, T. 23. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 16, F. 20. T. 36. — Paralysie : M. 3, F. 3. T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 3. T. 6. — Maladies organiques du cœur : M. 18, F. 24. T. 42. — Bronchite aiguë : M. 7, F. 7 T. 14. — Bronchite chronique : M 13, F. 12. T. 25. — Broncho-Pneumonie : M. 8, F. 8. T. 16. — Pneumonie : M. 9. F. 7. T. 16. — Gastro-entérite, biberon : M. 45, F. 42. T. 87. — Gastro-entérite, sein : M. 17, F. 23. T. 40 — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 4. T. 6. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 4. T. 4. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 8, F. 11, T. 19. — Sénilité : M. 4, F. 22. T. 26. — Suicides : M. 10, F. 5, T. 15. — Autres morts violentes : M. 9. F. 4. T. 13. — Autres causes de mort : M. 88, F. 55. T. 143. — Causes restées inconnues : M. 8, F. 5, T. 13.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 75, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 33, illégitimes, 13. Total : 45. — *Sexe féminin :* légitimes, 21 ; illégitimes, 9. Total : 30.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES : — FACULTÉ DE MÉDECINE DE VIENNE. — Le Dr E. ZUCKERKANDL, professeur à Gratz, est nommé professeur ordinaire d'anatomie. Le Dr VON EBNER, professeur à Gratz, est nommé professeur ordinaire d'histologie. Le Dr Th. PUSCHMANN, professeur extraordinaire d'histoire de la médecine à Vienne, est nommé professeur ordinaire. Le Dr J. NEVINNY est nommé privat-docent de pharmacognosie. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE GREIFSWALD. Le Dr BEUMER, privat-docent d'hygiène, est nommé professeur extraordinaire. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE BONN. Le Dr FR. SCHULTZE, professeur à Dorpat, est nommé professeur ordinaire de clinique médicale, en remplacement de M. Rühle, décédé. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE JASSY. — Le Dr BASTAKI a été nommé, après concours, professeur de pathologie et de clinique obstétricale. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE CRACOVIE. Le Dr OBALINSKI, est nommé professeur extraordinaire de chirurgie. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE BUDAPEST. Le Dr FODOR, professeur d'hygiène, est nommé doyen pour l'année

scolaire 1888-1889. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE VIENNE. Le Dr A. PALTAUF a été nommé privat-docent de médecine légale. — FACULTÉ DE MÉDECINE D'IÉNA. Le Dr W. BIEDERMANN, professeur extraordinaire de physiologie à Prague, est nommé professeur ordinaire de physiologie, en remplacement de M. Preyer, mis à la retraite sur sa demande. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE RIO-DE-JANEIRO. Le Dr DA ROCHA-FARIA a été nommé, après concours, professeur d'hygiène et d'histoire de la médecine. Le Dr DA FONSECA a été nommé professeur adjoint de matière médicale et de thérapeutique. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE MADRID. Le Dr JIMENO CABANAS a été nommé professeur d'hygiène publique. — FACULTÉ DE MÉDECINE D'INNSBRUCK. Le Dr KLOTZ, privat-docent de gynécologie, est nommé professeur extraordinaire.

ENSEIGNEMENT DE L'HYGIÈNE. — On vient de créer, à Rome, une *Ecole d'hygiène*. Elle est adjointe au *laboratoire d'hygiène expérimentale* de Rome. Les exercices pratiques seront constitués par des travaux de physique, de chimie et d'histologie.

EPIDÉMIE DE SCARLATINE. — Une épidémie de scarlatine vient d'éclater dans le pays d'Aberdeen (Ecosse). Les personnes atteintes prenaient généralement leur lait dans une laiterie où se trouvaient deux jeunes servantes qui viennent d'avoir récemment la scarlatine.

LABORATOIRES DE BACTÉRIOLOGIE. — On vient de commencer la construction, à Kœnigsberg, d'un laboratoire de bactériologie dont la direction sera confiée à M. le Dr Baumgarten.

NOUVEAU JOURNAL. — Nous recevons le premier numéro de la *Revista medica de la Plata*, journal mensuel paraissant à la Plata.

ŒUVRE DE LA TUBERCULOSE. — 200 francs ont été alloués à cette œuvre par le conseil général de la Charente-Inférieure.

NÉCROLOGIE. — M. H. GROSS, naturaliste anglais, vient de mourir à l'âge de 78 ans. — M. le Dr RIBEIRO DE MEREDONÇA, professeur à la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro. — M. le Dr BOURRAYNE (de Marseille). — M. le Dr CADIAT, professeur agrégé à la Faculté de Paris. — M. le Dr PEUT, médecin du quartier des Batignolles, emporté en quelques jours par une angine diphthéritique contractée au chevet d'un enfant malade. M. le Dr BLANCHET, médecin consultant à Vichy.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard St-Germain.

MAURIN (S.-E.). — Formulaire de l'herboristerie. Contenant : 1° Etude générale du végétal ; — 2° Répertoire alphabétique des végétaux et de leurs produits ; — 3° Memorandum clinique. Volume in-18° de 575 pages. — Prix . . . . 4 fr.

Librairie ASSELIN et HOUZEAU, place de l'Ecole-de-Médecine.

GOTTSTEIN (J.). — Maladies du larynx. Laryngoscopie et technique thérapeutique locale à l'usage des praticiens et des étudiants. Volume in-8° de 367 pages, avec 38 figures. — Prix. . . 7 fr.

MOLDENHAUER. — Traité des maladies des fosses nasales, des sinus et du pharynx nasal, avec un exposé des méthodes d'examen. Traduit et annoté par POTIQUET. Volume in-8° de 224 pages avec 25 figures. — Prix . . . . 5 fr.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

MOREAU (P.). — La folie chez les enfants. Volume in-18 de 444 pages, avec figures — Prix : 3 fr. 50.

FERRAN (de Lyon). — De la préservation de la phtisie pulmonaire et de son traitement dosimétrique. Brochure in-8 de 101 pages. — Paris, 1888. — Ch. Chanteaud et Cie.

GÉMY (A.). — Cours complémentaire de clinique des maladies syphilitiques et cutanées. Leçon d'ouverture de l'année scolaire 1887-88. Brochure in-8 de 56 pages. — Alger, 1888. — Librairie Jourdan.

Librairie O. BERTHIER, 104, boulev. St-Germain.

CLOPATT (A.). — Etudes sur l'hystérie infantile. Volume in-8 de 147-XLIV pages. — Prix . . . . 3 fr.

TEXIER et COCHEZ. — La tuberculose bovine dans l'Afrique du Nord. Brochure in-8° de 18 pages. — Alger 1888. — A. Jourdan.

DOYON (A.). — Traitement de la syphilis par les eaux sulfureuses et en particulier pour les eaux d'Uriage. Brochure in-8° de 12 pages. — Paris, 1883. — A. Davy.

FRAIPONT (G.). — Six cas de périnéorrhaphie opérés par le procédé de Lawson Tait. Brochure in-8° de 10 pages. — Liège, 1888. — Vaillant-Carmanne.

VIDAL (E.). — Les climats d'Hyères et le sanatorium maritime Volume in-8° de 109 pages, avec 5 tracés et 2 plans. — Hyères, 1888. — Typographie H. Souchon.

Librairie O. DOIN, 8, Place de l'Odéon.

MIOT (C.). — De l'obstruction des fosses nasales consécutive à l'hypertrophie de la lame quadrangulaire de la cloison. Brochure in-8° de 44 pages, avec 14 figures.

PETIT (C.-A.). — Traitement de la goutte et des manifestations arthritiques aux eaux de Royat. Brochure in-8° de 16 pages.

FRANCOTTE (X.). — Un cas de fibrome de la dure-mère spinale. Brochure in-8° de 9 pages. — Liège, 1888. — Imprimerie H. Vaillant-Carmanne.

BRAITHWAITE (J.). — The retrospect of medicine : being a half-yearly journal. Containing a retrospective view of every discovery and practical improvement in the medical sciences : Vol. XCVII. January-June, 1888. Volume in-8° de 432 pages, avec nombreuses figures. — London, 1888. — Simpkin, Marschall and Co.

HAIG (A.). — The formation and Excretion of Uric acid considered with Reference to Gout and Allied Diseases. Brochure in-8° de 36 pages. — London, 1888. — J. Bale and Sons.

RUBIO (E.-B.). — La medicacion nitrogenada por las aguas azoadas artificialmente. Brochure in-4° de 31 pages. — Barcelona, 1888. — Tipografico « La Academia ».

SMART (A.). — A case of multiple neuritis. In a woman, of combined Syphilitic and alcoholic Origin ; treatment by Electro-Massage ; complete recovery. Brochure in-8° de 7 pages, avec 5 figures. — Edinburgh, 1888. — Medico-chirurgical Society.

Librairie G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES, publié sous la direction de MM. DECHAMBRE (A.) et LEREBOULLET (L.). Vient de paraître de la 2e série L-P, Tome XXVI, 1re partie : PLAT-POIG. Nous y remarquons les articles suivants : Pleurésie séro-fibrineuse, purulente, hémorrhagique, secondaires rhumatismales, par Widal ; — Plomb (chimie, thérapeutique, toxicologie, hygiène), par Blarez ; — Pneumo gastrique (nerf), par Nuel ; — Pneumonie, par Barth. Un volume in-8 de 400 pages. — De la 3e série Q-T, le Tome XVIII, 2e partie TUME-TZIG. Nous y remarquons les articles suivants : Tumeurs, par Kirmisson ; — Tumeurs blanches, par Picqué ; — Typhoïde, par J. Arnould ; — Typhus, par M. Nielly. Un volume in-8 de 315 pages. — De la 5e série U-Z, le Tome III, 1re partie VERA-VIAB. Nous y remarquons les articles suivants : Vers, par R. Blanchard ; — Version, par Ch. Maygrier ; — Vert, par Blarez ; — Vertige, par Leroux ; — Vessie : (Anatomie, par Wertheimer ; Histologie, par Tourneux et Hermann ; Physiologie et Pathologie, par Hache). Un volume in-8 de 416 pages avec figures.

Librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne

DUMAS (L.). — Sur l'identité probable de l'œdème des nouveau-nés avec la phlegmatia alba dolens. Brochure in-8 de 34 pages.

OLLIVIER (A.). — Lettre du docteur A. DE SAINT-GERMAIN sur la prophylaxie de la rage à propos de la rage chez les enfants. Brochure in-8 de 15 pages.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VIII. N° 39 BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 29 SEPTEMBRE 1888.

Le Progrès Médical

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

M. P. BUDIN, professeur agrégé.

De l'évolution spontanée. Présentation du dos.

(Fin) (1).

Leçon recueillie par E. BONNAIRE.

Ces différents points étant connus de vous, je puis maintenant vous présenter l'histoire de notre cas clinique et il vous sera facile d'en saisir les anomalies. La femme dont il s'agit et dont l'observation a été rédigée avec soin par M. Pison, élève du service, nous a été amenée le 21 décembre. Elle a déjà eu deux grossesses qui ont été normales : les accouchements se firent à terme, en présentation du sommet. Une application de forceps fut nécessaire pour extraire le premier enfant qui pesait 4.775 grammes. La seconde fois, le fœtus pesait 4.500 grammes, il naquit spontanément. La date exacte du début de la gestation actuelle ne peut être précisée, la malade ne sachant à quelle époque elle a eu ses dernières règles. Comme les précédentes, cette grossesse a évolué normalement; toutefois la femme a eu, il y a un mois, une vive émotion causée par la mort d'un de ses enfants et elle attribue au chagrin persistant qu'elle éprouve l'apparition prématurée du travail. Le 20 décembre, à 4 heures du soir, sont apparues les premières douleurs qui, d'emblée, furent très intenses. A 7 heures, une sage-femme fut demandée qui jugea à propos de rompre la poche des eaux. A la suite de cette manœuvre, les contractions utérines s'arrêtèrent momentanément, elles ne reparurent que le lendemain matin à 5 heures. La sage-femme fit à ce moment une nouvelle exploration et crut pouvoir affirmer que tout irait bien, mais à midi, un membre étant venu faire procidence à la vulve, elle conseilla de transporter la parturiente à la Clinique, où elle arriva à deux heures du soir.

A l'examen qui est fait dès l'entrée à la salle de travail, voici ce qu'on peut constater. La malade, âgée de 30 ans, est bien constituée; elle parait fatiguée, se plaint beaucoup et reste difficilement tranquille. Les douleurs se succèdent presque sans intermittence; l'utérus véritablement tétanisé forme un globe dur qui s'élève jusqu'à deux travers de doigts environ au dessus de l'ombilic. Son volume n'indique guère qu'une grossesse de sept à huit mois, sa forme est irrégulière, il est incliné à droite et la tumeur fœtale présente un relief beaucoup plus marqué à droite qu'à gauche. En découvrant les organes génitaux, on aperçoit, faisant procidence au dehors, le membre supérieur gauche appliqué contre la paroi postérieure de la vulve.

A l'auscultation, on n'entend nulle part les battements du cœur fœtal; on perçoit un souffle utérin à deux travers de doigts au dessus de l'ombilic et à gauche de la ligne médiane.

Lorsqu'on introduit le doigt dans les voies génitales, en suivant le membre procident pris comme conducteur, on arrive sur l'orifice utérin dont les bords sont amincis; la dilatation est d'environ 5 centimètres. Le doigt pénétrant plus profondément n'atteint ni le gril costal ni le creux axillaire : il rencontre une région assez profondément engagée, comprise entre le pubis et le bras procident, région dont les caractères très difficilement appréciables font croire successivement à une présentation de l'épaule, à une présentation du siège, à une présentation du sommet.

En cherchant à contourner la partie fœtale accessible, le doigt glissé derrière le pubis reconnait vaguement les caractères habituellement fournis par l'acromion et les bords de l'omoplate. On pense dès lors à une présentation d'une épaule avec procidence du bras du côté opposé. Ce dernier étant le bras gauche, on aurait donc affaire à une présentation de l'épaule droite.

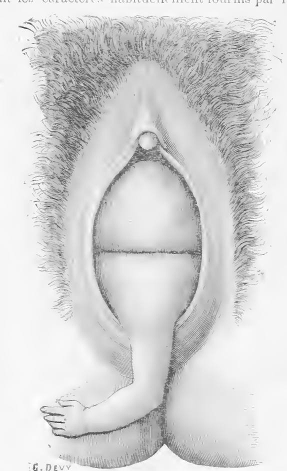


Fig. 21.

En pratiquant un second examen, un quart d'heure plus tard, on constate que les caractères fournis par la région fœtale se sont notablement modifiés. Le doigt explorateur rencontre au centre du bassin un sillon assez profond, étroit et transversalement dirigé, au fond duquel existe des saillies qui donnent la sensation des apophyses épineuses de la crête sacrée. En présence de la consistance molle des deux tumeurs qui bordent ce sillon, consistance qui rappelle celle des fesses, on abandonne le premier diagnostic et on porte celui de présentation du siège. Cependant, il est impossible de décou-

(1) Voir *Progrès Médical*, n° 38, p. 201.

vrir au milieu du sillon l'orifice anal et, à l'une de ses extrémités, les organes génitaux; de plus, il n'y a eu aucun écoulement de méconium, et la procidence considérable du membre supérieur semble inexplicable.

Une des personnes présentes ayant, peu de temps après, introduit le doigt très profondément derrière la symphyse pubienne et étant arrivée sur la tête fœtale, pense à l'existence d'une présentation du sommet avec procidence d'un bras, mais la conclusion tirée de ce dernier examen n'est pas exacte, car ce n'est évidemment pas l'extrémité céphalique qui s'engage à travers le détroit supérieur.

Les contractions utérines étant fortes et soutenues, on constate que la partie fœtale descend plus profondément dans l'excavation, bientôt elle arrive à l'orifice vulvaire et le distend. En examinant alors avec beaucoup d'attention la région qui apparait sous les yeux, on se rend compte qu'elle est constituée par la partie supérieure et médiane du dos et que le sillon toujours à peu près transversalement placé est limité tant en avant qu'en arrière par les omoplates dont les bords vertébraux sont très rapprochés (fig. 24). On avait donc affaire à une véritable présentation du dos en position céphalo-iliaque droite.

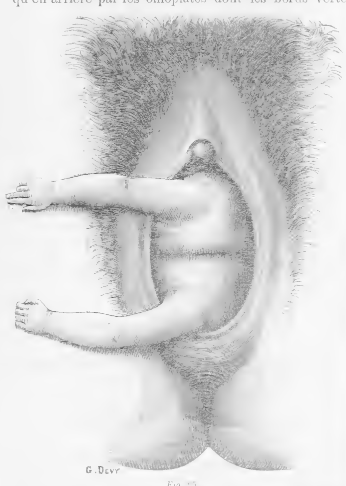


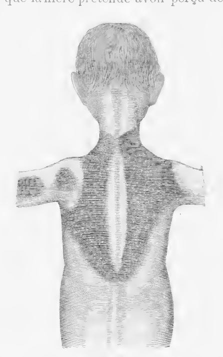
Fig. 25.

La femme fait des efforts violents, l'orifice vulvaire s'entr'ouvre de plus en plus et on voit les deux épaules se dégager pour ainsi dire simultanément. Le bras gauche étant primitivement procident, il suffit d'aider à la sortie du membre supérieur droit qui est apparu sous la symphyse. Les deux bras étant au dehors, M. Loriot, chef de clinique, les amène et les tient du coté droit de la femme. Dans cette attitude, ils offrent à s'y méprendre l'apparence de membres inférieurs se détachant du massif des deux fesses que simulent exactement les régions scapulaires tuméfiées et tassées l'une contre l'autre (fig. 25).

On assiste enfin à l'évolution spontanée du fœtus qui se déroule, non pas suivant l'un de ses plans latéraux, mais selon son plan dorsal. On voit apparaître successivement à la vulve la partie inférieure du tronc, les fesses et, pour terminer, les deux membres inférieurs qui se dégagent très rapidement. La tête est aisément extraite par la manœuvre de Mauriceau. La délivrance se fait naturellement une demi-heure après.

L'enfant du sexe masculin, du poids de 2.070 gr. et d'une longueur totale de 46 cent. est mort et macéré. La face offre une teinte brunâtre; çà et là existent de larges plaques rouges : par places se voient des phlyctènes remplies de sérosité et des érosions épidermiques

Le membre gauche qui faisait procidence est œdématié, rouge, plus volumineux que celui du côté opposé. L'épiderme est en grande partie détaché. En tenant compte de l'état des téguments et de la consistance de la boîte osseuse céphalique, on peut estimer que la mort de l'enfant doit remonter à trois jours environ, bien que la mère prétende avoir perçu des mouvements actifs du fœtus quelques heures avant l'accouchement.


Fig. 26.

La région supérieure et postérieure du tronc est le siège d'une large bosse séro-sanguine, dont les limites et l'aspect indiquent que les deux épaules se sont engagées simultanément et non l'une après l'autre. En effet, cette bosse, de coloration uniforme, s'étend en hauteur de la partie inférieure de la nuque sur laquelle elle empiète jusqu'à la partie moyenne du tronc (fig. 26). En largeur, elle occupe tout le bras gauche, toute l'étendue du dos jusqu'aux lombes et recouvre la partie postérieure de l'épaule droite. En écartant les épaules et en les ramenant à leur situation normale, on découvre un espace médian très allongé dans le sens vertical et qui, au lieu d'être violacé, est resté absolument blanc. Il correspond au sillon, maintenant étalé, qui pendant l'accouchement était produit par le rapprochement des deux

omoplates. Il y a là, de chaque côté des apophyses épineuses, deux bandes de tissus, qui, ayant été appliquées l'une contre l'autre et fortement comprimées, n'ont pu se prêter au mécanisme de formation de la bosse séro-sanguine.

Bien qu'elle ne soit pas admise par les auteurs, il est indéniable que nous ayons eu affaire à une présentation du dos compliquée de procidence du bras gauche. Ce n'est point d'ailleurs la première fois que je rencontre une telle présentation, j'ai déjà eu l'occasion d'en publier un exemple observé dans un cas d'accouchement gémellaire. Je pense que l'état de macération, par suite de la flaccidité qu'il apporte dans les tissus, et le petit volume du fœtus venu avant terme sont les causes qui ont déterminé la présentation du dos et qui ont permis une expulsion spontanée relativement facile. Remarquons du reste en terminant que, même si nous n'avions pas assisté à l'accouchement, il eût été possible, par la seule inspection de la bosse séro-sanguine, de faire le diagnostic rétrospectif de la situation occupée par le fœtus.

Ainsi donc, vous avez assisté à une présentation du dos, présentation extrêmement rare, qui a été favorisée par l'état particulier dans lequel se trouvait le fœtus; vous avez pu suivre un exemple d'évolution spontanée qui s'est accomplie dans des conditions un peu spéciales; enfin, vous avez vu à quelles erreurs de diagnostic ce fait avait donné lieu. Tirez-en cet enseignement qu'on doit toujours pratiquer le toucher avec grand soin, qu'on ne doit pas se borner à examiner un point de la région fœtale qui se présente, mais qu'il faut explorer minutieusement toute la surface qui est accessible.

PATHOLOGIE NERVEUSE

Un cas de pied-bot double congénital avec malformations multiples (*fin*) (1).

Par **Alexandre PILLIET**, interne des hôpitaux, aide-préparateur d'histologie à la Faculté.

Réflexions. — Nous nous trouvons donc en présence d'un sujet porteur de tares multiples datant de son plus jeune âge; un infirme incapable d'un autre rôle social que celui de mendiant ou de vagabond. Il nous faut procéder à l'examen critique des troubles variés qu'il présente pour essayer de faire ressortir le lien commun qui les rattache.

1° *Troubles intellectuels.* — Notre malade est un imbécile, son intelligence est bornée, on n'a pu l'instruire; son caractère est faible, enfantin, peureux, mais sans méchanceté, il n'a pas ces crises de colère, ou ces attaques, ces accès d'épilepsie même, cette instabilité mentale qui accompagnent les lésions encéphaliques en voie d'évolution ou de cicatrisation. Nous pouvons donc croire que la maladie qui a causé sa débilité mentale est déjà ancienne et complètement éteinte; ce qui ne l'empêche pas de laisser des lésions fixes.

2° *Le bégaiement* de notre malade est le grand bégaiement avec chorée du cou, il en a les deux caractères: l'arrêt convulsif et la respiration convulsive. Les mouvements du cou s'étendent même à l'épaule, c'est le haussement d'épaule de Démosthènes. Ce vice de prononciation a été rattaché à une cause cérébrale, l'exagération des réflexes, d'abord par Rullier (2). Dict. en 21 vol.). Serres (d'Alais) (1829) fait ensuite du bégaiement une chorée particulière. Ch. Bell (1832), en fait un défaut de coordination entre la glotte et le pharynx. Dieffenbach (1841) établit l'analogie qui existe entre le bégaiement et le strabisme à propos d'un malade porteur de ces deux lésions. Trousseau (1) 1862), dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, précise cette analogie et relie les deux ordres de faits, en disant que les convulsions de l'enfance laissent après elle du strabisme et du bégaiement. Pour Bonnet, de Lyon (2), le bégaiement est le reliquat d'une affection nerveuse, les mouvements désordonnés des lèvres et des joues sont subordonnés à ceux de la respiration et de la langue. C'est une maladie du système nerveux semblable au pied-bot et au strabisme, qui, restant d'une ancienne affection de l'axe cérébro-spinal ne sont plus pourtant que des lésions locales.

Chez notre malade le bégaiement est apparu à 4 ans, comme c'est la règle dans ces cas. Le mutisme chez l'enfant qui entend, mutisme dont on s'aperçoit d'ordinaire aussi vers l'âge de quatre ans, et qui déjà étudié par plusieurs auteurs sous le nom d'amnésie de la parole, forme un des chapitres le plus curieux et les plus obscurs de l'histoire des aphasies, s'accompagne aussi souvent de troubles nerveux. L'hyperexcitabilité nerveuse et les convulsions se trouvent dans quatre sur onze des observations que rapporte M. Ladreit de Lacharrière dans son travail sur ce sujet. (*Retard dans le développement du langage,* in Annales des maladies de l'oreille et de larynx, t. II, p. 23, 1876. Ce bégaiement est comparable de tout point à la chorée et à l'athétose que l'on observe assez souvent dans les encéphalites de l'enfance. Les mouvements de l'épaule et du bras qui l'accompagnent ont la plus grande ressemblance avec certains tics choréïques des idiots.

Nous avons d'ailleurs rapporté, avec M. le Dr Bourneville, dans les *Archives de Neurologie*, un cas d'athétose double dans lequel la parole était gênée par un tétanisme des muscles du larynx, s'accompagnant de mouvements de la tête, du cou et du tronc, fort semblables à ceux que présente notre sujet. Ce bégaiement a bien l'aspect d'un trouble de coordination psychomoteur; il peut être simulé par l'imitation, il est exagéré par l'émotion, il n'existe pas quand le malade est au repos, il peut être corrigé par la discipline ou l'habitude, c'est ce qui se passe quand le malade chante.

Nous sommes donc autorisé à le rattacher, ainsi que l'athétose partielle qui l'accompagne et la déviation de la tête à la même cause qui a produit chez notre malade la débilité mentale.

Pourquoi ce désordre n'apparait-il qu'entre 4 et 5 ans alors que la faiblesse d'esprit, le pied-bot et d'autres accidents sont congénitaux? On en est réduit pour expliquer ce fait, à accepter une hypothèse de Lombroso (3). Les centres moteurs de la substance corticale apparaissent et se multiplient graduellement; il se peut donc faire que les maladies cérébrales qui atteignent l'écorce chez le nouveau-né où ces centres ne sont pas encore développés restent latentes et ne se manifestent que plus tard; de même c'est vers la puberté que se manifestent surtout les arrets de développement des organes génitaux chez certains idiots, quoiqu'ils existent en puissance depuis l'enfance du sujet.

(1) Voir *Progrès Médical*, n° 38, p. [illegible].
(2) V. A. Guillaume. — Art. *Bégaiement* in *Dict. Encycl. des Sc. méd.* S. I, T. VIII, p. 694.

(1) T[illegible]. — *Clinique H[illegible]-Dieu*, [illegible] I, [illegible] — T. II, p. 193.
(2) [illegible] — *[illegible]. Dict. Jaccoud*, T. IV, p. 716, 1867.
(3) C. Lombroso. — *L'Homme criminel.* Ed. franç., 1887, p. 194.

3° *Le pied-bot* n'est pas le pied équin ordinaire, mais se rapproche de la griffe, pied creux de Duchenne (de Boulogne) (1) avec tendance au varus équin, qu'il attribuait à la paralysie des interosseux et qu'on rencontre dans les affections du système nerveux. Il est congénital, plus marqué d'un côté que de l'autre; le malade fauche du pied droit en marchant. Il présente ce caractère d'être assez douloureux de temps en temps, pour gêner la marche, et c'est alors la face dorsale du pied qui se gonfle et devient sensible. Il est probable que le pied équin pur survenant chez les jeunes sujets se transforme ainsi en pied-creux par l'effort de la marche qui finit par créer un point de sustentation au talon, dans une charpente encore modelable et flexible.

L'origine cérébro-spinale de certains pieds-bots congénitaux n'est admise que depuis peu. Béclard l'étudie en 1817. On la trouve ensuite indiquée dans V. Duval (2), qui la donne comme cause à côté de la position vicieuse des pieds du fœtus dans l'utérus. Dans l'atlas de Morel (3), on trouve dessinés des pieds-bots de varus équin congénitaux qu'il attribue à la dégénérescence rachitique et qui s'accompagnaient d'abolition complète de l'intelligence. Dans Bouvier (4) on trouve un certain nombre de cas de pied-bot manifestement liés à une lésion nerveuse, tels sont les obs. III, IV et VI pied-bot et main-bote du même côté, où la déformation était évidemment liée à une sclérose lobaire cérébrale. Malgaigne (5) cite la théorie de l'arrêt de développement de Meckel et Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, contredite par ce fait remarqué par Cruveilhier, qu'il n'y a pas d'état fœtal correspondant au pied-bot. Il rapporte l'opinion de Béclard qui fait du pied-bot une maladie spéciale dépendante de l'affaiblissement de l'action nerveuse; théorie basée sur l'examen de fœtus acéphales, avec destruction plus ou moins complète de la moëlle épinière. Dans Lancereaux (6) nous voyons rapportés des cas de Michaud (1870), de Coyne et Troisier (1872) où le pied-

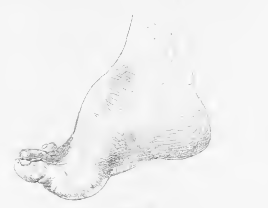


Fig. 27.— R... A. Pied droit vu de profil pour montrer la forme du pied creux et le redressement des orteils.

bot était dû à des lésions nerveuses. Lannelongue, de Saint-Germain (1883), Schwartz (1883), Pitres, plus récemment, citent aussi de ces faits que nous ne multiplierons pas davantage, car ils suffisent à montrer que le pied-bot peut être, comme le bégaiment, une lésion de l'axe cérébro-spinal. Dans les myopathies, le pied-bot est pour ainsi dire de règle (Charcot) (1), et il présente la même forme que la myopathie soit primitive ou qu'elle soit secondaire.

Pour nous rendre compte de l'état des muscles dans ce cas, nous avons pu comparer des coupes des muscles d'un malade atteint de myopathie pseudo-hypertrophique primitive avec des préparations du triceps crural, dans un cas de pied-bot double dû à un spina bifida de la région lombaire, chez un nouveau-né, et nous avons vu que les lésions du muscle ne différaient pas sensiblement dans les deux cas. C'est la même sclérose interstitielle formée de bandes de tissu conjonctif ondulées avec cellules fusiformes ou étoilées, fibres élastiques abondantes, épaississement des vaisseaux et atrophie des fibres musculaires, précédée d'un stade de tuméfaction le plus souvent. Le pied-bot est dû à cette sclérose musculaire comme dans la pseudo-contracture des myopathiques, telle qu'on la connait d'après les travaux récents de Roth, de Déjerine et de Blocq (2).

Notons de plus, sur les coupes, une adipose sous-cutanée et intra-musculaire considérable qui masque l'atrophie musculaire, une diminution très marquée, surtout lorsqu'on examine des pièces saines par comparaison, de l'aponévrose, d'enveloppe de la jambe; cette non résistance de l'aponévrose explique la sensation mollasse que donne le mollet. D'autre part, le tissu scléreux qui forme une gangue aux faisceaux musculaires, parait fort peu irrité; s'il s'agit d'un processus inflammatoire vrai, il doit être très lent. La pièce ayant été conservée dans l'alcool, nous n'avons pu examiner assez les nerfs pour savoir quelle part ils avaient dans la lésion du muscle, mais la présence du spina-bifida suffit dans le second cas pour faire admettre que la lésion musculaire est secondaire, il n'y aurait donc pas de différences anatomiques essentielles entre la myosite scléro-adipeuse primitive et la deutéropathique. Mais nous n'insisterons pas sur cette question qui s'écarte un peu du sujet traité ici.

Chez notre malade, le pied-bot est semblable à celui du myopathique parce que la lésion musculaire est la même. Mais elle est double, notablement plus marquée d'un côté que de l'autre, sans exagération des réflexes et, caractère plus important, elle date de la première enfance. Dans ces conditions, nous pouvons la rattacher à une lésion centrale, surtout en présence des deux autres signes, imbécillité et bégaiement.

4° *Troubles trophiques.* — Ils consistent, on l'a vu, en un léger retard de développement des testicules, une disparition du système pileux, sauf au pénil et aux aisselles, des sueurs abondantes sur le dos du pied, un état lisse et terne de la peau avec consistance molle du pannicule sous-cutané et du vitiligo marqué de la face; autant de désordres dont nous ne pouvons préciser le siège, mais qui relèvent évidemment du système nerveux.

Conclusions. — Si nous envisageons les déterminations multiples que présente notre malade, nous ne pouvons faire d'autre hypothèse que celle-ci : il a subi, au moment de sa naissance ou peu avant, l'atteinte d'une affection diffuse qui a porté sur les couches corticales du cerveau, sur la moelle, sur des centres trophiques cutanés encore indéterminés et qui a, de plus, laissé des lésions secondaires dans les muscles, les tis-

(1) Duchenne. — *L'électrisation localisée.* Ed. 3. p. 1003, 1872.
(2) V. Duval. — *Traité pratique du pied-bot.* Edition II, Paris, 1843.
(3) B.-A. Morel.—*Traité des dégénérescences.* Atlas, pl. VIII, fig. 1 et 2, 1857.
(4) Bouvier. — *Mal. de l'app. locomoteur*, 1858, p. 169.
(5) Malgaigne. — *Leçons d'orthopédie*, p. 111, 1862.
(6) Lancereaux. — *Traité d'Anat. Path.*, T. I, p. 173, 1875.

(1) Charcot. — *Revision nosographique des amyotrophies. Œuv. comp.*, T. III, 1887, p. 190.
(2) P. Blocq. — *Des Contractures.* Th. Paris, 1885, p. 191.

sus fibreux, adipeux, et la peau avec tous ses organes.

Cette affection est guérie depuis longtemps, mais elle a laissé des lésions fixes. Si nous essayons de déterminer à distance sa nature, nous aurons à hésiter entre une affection héréditaire due à une intoxication des parents, l'alcoolisme, par exemple, ou une maladie infectieuse propre au fœtus ou au nouveau-né. Pour l'alcoolisme, Morel (1) distingue un premier groupe de fils d'intoxiqués qui naissent imbéciles ou idiots, et un second dont les types sont caractérisés par de l'instabilité mentale, mais il ne parle pas de stigmates, physiques dans le premier cas, quoi qu'il note dans son Atlas (fig. II, pl. I) l'absence de système pileux chez un fils d'alcoolique âgé de 22 ans. Grenier, dans un travail récent (2), n'insiste pas non plus sur ces stigmates. Lancereaux (3), dans l'étiologie des malformations, admet avec Demaux l'influence de l'alcoolisme aigu du père. Déjerine (4) distingue aussi l'influence de l'état d'ivresse du père de l'intoxication chronique et dit que cette dernière éveille la prédisposition névropathique plutôt qu'elle ne la crée. On voit donc qu'il y a peu de choses sur ce sujet. Pourtant les recherches récentes de MM. Mairet et Combemale (5) nous donnent des résultats expérimentaux à consigner. Dans une des expériences, une chienne intoxiquée donne naissance à des animaux atteints de vices de conformation nombreux : pied-bot, atrophie de plusieurs orteils, gueule de loup, etc. L'alcoolisme du père qui est avéré pourrait donc dans une certaine mesure rendre compte des désordres observés chez notre malade.

L'hypothèse d'une maladie infectieuse expliquerait également la diffusion des lésions, mais cette maladie nous échappe complètement et nous n'en retrouvons aucune trace, à part la tuberculose ganglionnaire du cou. Elle a pour elle la ressemblance de l'affection qui nous occupe avec la paralysie infantile dont la nature infectieuse est très probable. P. Marie (6) a soutenu pour l'hémiplégie cérébrale infantile une théorie semblable. Après avoir montré que la sclérose en plaques est souvent précédée, chez les enfants, d'une affection fébrile infectieuse : rougeole, scarlatine, etc., il essaie d'établir une étiologie identique pour les scléroses lobaires de l'enfance. Lemoine (7) a tenté récemment d'esquisser une même théorie pour l'épilepsie.

On a donc le choix entre ces deux étiologies et, l'on ne peut dans l'état actuel des choses, se décider plutôt pour l'une que pour l'autre ; il en est de même dans les myopathies deutéropathiques de l'enfance, isolées ou accompagnées d'autres manifestations nerveuses, et dans l'hémiplégie spasmodique infantile avec atrophie des membres ; affections près desquelles on doit ranger celles que nous signalons ici.

En rattachant à une lésion encéphalique les troubles du système locomoteur, nous n'entendons pas dire autre chose que ceci : le défaut de coordination consciente, volontaire ou habituelle, entraine l'inaptitude fonctionnelle, d'où, par une lésion descendante que l'on ignore, l'atrophie. En effet, les couches corticales, le manteau des hémisphères ne sont pas trophiques. Dans les porencéphalies les scléroses partielles ou lobaires de l'enfance, le nouveau-né ne présente le plus souvent aucune asymétrie des membres ; l'inégalité de développement et d'action du membre apparait au bout d'un certain temps, comme le bégaiement, mais plus tôt que lui ; ce qui s'explique par le faible développement des circonvolutions à la naissance. A la preuve clinique se peuvent joindre des faits expérimentaux. A deux bull-dogs vigoureux, à la naissance, nous avons injecté une solution au $\frac{1}{10}$ de nitrate d'argent, en glissant l'aiguille d'une seringue de Pravaz sous le pariétal du côté droit. Les animaux ont vécu de 6 à 7 jours, criant, tétant et remuant des quatre membres également bien. Ils sont morts de la suppuration consécutive à la nécrose, déterminée par le caustique et à l'examen direct toute la surface de l'hémisphère lésé était escharifiée et baignée de pus. On trouvera un certain nombre de détails du même ordre dans les auteurs. Ces raisons empêchent de proposer un diagnostic local précis dans les cas semblables à celui que l'on vient de lire.

(1) Morel. — *Traité des dégénérescences*, 1857, p. 139.

(2) Grenier. — *Descendance des alcooliques*, Th. Paris, 1887.

(3) Lancereaux. — *Traité d'An. path*, T. II, p. 112.

(4) Déjerine. — *Hérédité dans les maladies du système nerveux*. Th. agreg., 1886, p. 261.

(5) Mairet et Combemalie. — *Influence dégénérative de l'alcool sur la descendance. Recherches expérimentales* ; in *Journ. des Soc. scientifiques*, nº 11, 14 mars 1888.

(6) P. Marie. — *Hémiplégie cérébrale infantile et maladies infectieuses. Progr. méd.*, S. II, T. II, Nº 36, p. 1[illegible]7, 1885.

(7) Lemoine. — *Nature de l'épilepsie. Progrès médical*, Mai 1888.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les Sanatoria maritimes d'Arcachon et d'Hyères-Giens.

Il y a quelques semaines à peine, il n'était question que du premier Congrès pour l'étude de la tuberculose, l'un des titres de gloire du professeur Verneuil. Le vent est aujourd'hui aux hôpitaux maritimes, aux Sanatoria destinés à abriter, aux bords de la mer, les scrofuleux avérés et les jeunes candidats à la tuberculose. Après des discussions approfondies sur la nature de la maladie, on songe à organiser d'une façon sérieuse le traitement préventif qui a fait ses preuves. C'est logique.

Depuis bien des années déjà, l'Assistance publique de Paris est hésitante, se demande où elle doit fonder le nouvel hôpital, comparable à celui de Berk-sur-Mer, dont le besoin se fait réellement sentir. On n'ignore pas que depuis plus d'un an on examine à nouveau, très-sérieusement dans les commissions les plus diverses, partant très lentement, ce qu'on doit faire à ce point de vue. Où faut-il donc construire un tel établissement, digne de la ville de Paris et du département de la Seine ?

Pendant ce temps, tandis qu'à Paris l'on discute, ailleurs on agit et fait vite. Aujourd'hui on inaugure un Sanatorium marin à Arcachon ; sous peu un autre fonctionnera à Banyuls (Pyrénées-Orientales) ; dans quelques mois de coquets pavillons remplaceront à Hyères-Giens la modeste ébauche due à l'initiative de M. le docteur Vidal (d'Hyères), dépendance des hôpitaux de Lyon. L'année dernière, à pareille époque (1), nous annoncions l'ouverture du Sanatorium de Pen-Bron, près le Croisic (Loire-Inférieure), sur l'utilité duquel, au dernier Congrès de la Société française d'ophthalmologie (2), notre cher maitre, M. le professeur Dianoux (de Nantes), a déjà insisté. On connait celui qu'a fondé à Cannes M. J. Dollfus et que dirige M. le docteur de Valcourt (3), ceux qui existent à Cette, à Nice, etc. En différents points

(1) Voir *Progrès médical*, nº 35, 27, aout 1887, p. 162.

(2) Voir *Progrès médical*, nº 19, 12 mai 1888, p. 370.

(3) Voir *Progrès médical*, nº 34, 21 aout 1886, p. 700 et C.R. du Congrès de Nancy (*Assoc. franç. pour l'Av. des Sc.*).

des côtes de France, sur la Manche, sur l'Océan, sur la Méditerrannée, on songe à créer (1) et des particuliers installent tous les jours des maisons de santé (2), analogues aux Sanatoria hospitaliers, pour les gens de condition plus élevée, pour les jeunes enfants malades dont les parents peuvent payer les frais d'un traitement marin, alors qu'eux-mêmes sont dans l'impossibilité de se déplacer. Comment se fait-il qu'à Paris l'administration ne cherche pas à suivre plus rapidement l'exemple donné par l'initiative privée sur tout notre littoral, par les nations voisines, l'Angleterre et surtout l'Italie, la Suisse (3) et d'autres pays encore (4), par les hôpitaux de Lyon ; — alors qu'une connaissance plus approfondie de la scrofule et des études très sérieuses sur la climatologie médicale ont déjà permis aux médecins d'enfants de se faire une opinion sur le lieu à choisir, sur les conditions indispensables que doit remplir tout sanatorium maritime? Aussi bien, ce n'est pas cette question que nous désirons examiner aujourd'hui et nous passons outre, car peut être Paris en sera-t-il réduit à utiliser quelques-unes des créations que nous venons de citer.

Comme l'inauguration du Sanatorium d'Arcachon vient d'avoir lieu, comme nous avons récemment visité ce que les Lyonnais ont déjà fait à Hyères-Giens, comme nous avons pu prendre connaissance de ce que l'administration des hôpitaux de Lyon est décidée à faire pour remplacer le petit établissement d'essai qu'elle a fondé dans ce si joli coin de la Provence, nous croyons plutôt devoir attirer l'attention de nos lecteurs sur ces deux nouvelles installations, encore provisoires, incomplètes il est vrai, mais peu connues des Parisiens, qui fonctionnent déjà depuis quelque temps.

Le *Sanatorium d'Arcachon* est dû à l'initiative et la générosité de M. le Dr Armaingaud (de Bordeaux). A peine, pourrait-on dire, la création de cet établissement était-elle conçue que les premières constructions étaient achevées et pouvaient être utilisées. C'est que M. Armaingaud était résolu à opérer seul ou presque seul : il n'a pas attendu qu'une administration lui propose aide et appui : il n'a pas demandé de subvention exclusivement aux fonds publics. Ayant d'emblée recours à la charité privée, il s'est mis à l'œuvre dès qu'il a pu réaliser les fonds nécessaires. Actuellement, le local dont on dispose à Arcachon est relativement peu considérable ; mais bientot de nouvelles constructions viendront s'ajouter aux bâtiments qu'on a inauguré le 9 septembre. Une dizaine de pavillons s'élèveront plus tard à côté du premier, seront disposés d'une façon analogue et pourront donner place chacun à quarante enfants (5).

Le pavillon qui constitue aujourd'hui à lui seul le Sanatorium d'Arcachon porte le nom du principal bienfaiteur de l'œuvre, M. Engrémy. C'est un édifice assez vaste, situé à un kilomètre sur la route d'Arcachon au Moulleau. La plage est à 300 mètres de l'établissement, distance plus que suffisante ; un épais rideau de pins est situé entre elle et le Sanatorium (1).

Le rez-de-chaussée renferme les bureaux et le réfectoire. Au premier étage se trouvent les dortoirs, les chambres des surveillants, puis des cabinets réservés pour isoler les enfants qui peuvent être atteints d'affections contagieuses. Les principales ouvertures des bâtiments regardent le sud. Dans les cabinets attenant aux dortoirs sont des lavabos en fonte émaillée ; chaque enfant a un casier spécial pour ses vêtements, ses chaussures, les objets destinés à son usage personnel. Le pavillon peut donner asile à 40 enfants, comme nous l'avons dit ; mais chaque malade ne doit faire qu'un séjour de trois mois ; de la sorte, 160 enfants peuvent être traités en une année. Sur ces 160 enfants, 40 sont entretenus par M. le Dr Armaingaud lui-même, le reste par des donations particulières et le Conseil général de la Gironde. Les malades doivent faire quatre repas par jour : le premier à 7 heures du matin (soupe au lait) ; à 11 heures, potage, viande, légumes ; goûter, suivant l'heure de la marée, qui règle le bain ; à 8 heures du soir, diner composé de viandes et de légumes. On pèse, parait-il, les enfants chaque semaine, de façon à constater les résultats acquis (2).

Nous venons d'indiquer de quelle manière l'on est parvenu à Arcachon à édifier les premières bases d'un établissement qui, plus tard, sera certainement des plus importants, qui pourra peut-être un jour recueillir des enfants venus de différents points de la France, aussi bien que ceux du département de la Gironde. Ce qui a été fait à *Hyères-Giens* n'a d'analogue que le but poursuivi ; les moyens employés ont été absolument différents.

En effet, il n'y a de créé là, à l'heure actuelle, qu'une installation provisoire qu'on ne va pas tarder à abandonner, dont on se débarrassera, dès que le grand Sanatorium, à l'état de projet aujourd'hui, sera complètement terminé. D'autre part, cette fondation ressort uniquement de la ville de Lyon ; comme celle qu'on va faire, elle constitue un annexe de l'hospice de la Charité et est dûe à l'administration des hôpitaux de cette ville et à l'infatigable activité d'un médecin distingué d'Hyères, M. le Dr E. Vidal qui, depuis plus de dix ans, lutte sans trêve ni merci pour établir une station maritime pour les scro-

(1) B[illegible], etc. Méditerranée ; même à Valescure (golfe de Fréjus) [illegible] au bord de l'eau).
(2) Berk, Croix-de-Vie, [illegible], Dinard.
(3) Cette [illegible] D'Espine. Rev. méd. Suisse Rom. 20 sept. 1888.
(4) Voir H. Cazin. *Les établissements hospitaliers de Berck-sur-Mer*, Paris, 1885.
(5) Voir le compte rendu [illegible] de la première année de fonctionnement du Sanatorium d'Arcachon dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, nos 7 et 8, 16 et 23 septembre 1888, p. 55 et 62.

(1) Voir pour la description d'Arcachon : F. Lalesque — *Arcachon, ville d'hiver et ville d'été*, Paris, 1885.
(2) L'inauguration a eu lieu le 9 septembre dernier. A la cérémonie d'inauguration assistaient MM. les préfets de la Gironde et des Pyrénées-Orientales, l'adjoint au maire de Bordeaux, une foule de médecins et de professeurs de la Faculté de médecine de Bordeaux, M. Gavarret, inspecteur général de l'enseignement de la médecine, MM. les Drs Lalanne, la Fesse, Lalesque et Hameau (Arcachon), etc., M. Lanusse, administrateur des Enfants assistés, MM. Faure, Gilbert, Cazauvieilh, députés. Après une visite au Sanatorium a eu lieu un banquet de [illegible] couverts offert au Grand Hotel par la municipalité Arcachonnaise. M. le maire d'Arcachon a [illegible] l'historique de l'œuvre du Dr Armaingaud. Le préfet de la Gironde [illegible] pour peupler le Sanatorium : [illegible] un avis d'après lequel il sera [illegible] de son département qui [illegible] à Arcachon des enfants malades. M. Gavarret a fait une conférence sur le [illegible] et la climatologie d'Arcachon. M. le Dr Armaingaud a remercié tous ceux qui ont contribué aux succès de sa fondation. Ces discours ont paru dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, 16 et 23 sept. 1888.

fuleux dans la région si privilégiée qu'il habite, depuis si longtemps fréquentée pendant l'hiver par les tuberculeux confirmés. On trouvera dans la très intéressante brochure que ce médecin vient de publier (1), et dont un de nos collaborateurs donnera sous peu une analyse complète, le compte rendu des nombreuses pérégrinations, des désagréables et vaines démarches auxquelles il a été contraint à Paris pour essayer de faire approuver en hauts lieux ses idées. Mais nous tenons à faire remarquer que s'il n'a pas pu obtenir gain de cause dans le département de la Seine, il a vu enfin ses vœux se réaliser, grâce à l'intervention de la ville de Lyon. Nous osons espérer pourtant que cet exemple ne sera pas perdu pour la capitale de la France, la première ville du monde au point de vue hospitalier comme au point de vue intellectuel.

Le petit Sanatorium provisoire, qui fonctionne actuellement, depuis plusieurs années, à titre d'essai et que nous avons pu visiter à Hyères-Giens, grâce à la bienveillante hospitalité de M. le Dr Vidal, est situé à 10 kilomètres de Hyères, au village de Giens, dans la presqu'île du même nom (2). C'est un pittoresque site de la Provence, formé par l'ancienne île de Giens, probablement une des îles d'Hyères reliée aujourd'hui au continent, c'est-à-dire au point le plus méridional de la côte dans cette région de la France, par deux languettes de sable, couvertes de pins parasols (*Pinus pinea*), formant l'isthme de la presqu'île, et entre lesquelles se trouve l'étang des Peschiers. L'île de Giens, comme celle de Porquerolles et les autres îlots des antiques Stœchades, est orientée dans la direction Ouest-Est, longue de deux kilomètres environ, traversée dans ce sens par une chaîne de petites collines et pourvue par conséquent de deux versants, l'un méridional, regardant la haute mer, l'autre septentrional, en face de l'étang des Peschiers et du continent. Le village de Giens, hameau de quelques maisons, est perché au sommet d'une colline schisteuse (terrain primitif) vers le milieu de la ligne de partage des eaux de l'îlot, à 50 mètres environ au-dessus du niveau de la mer. Les habitations se sont groupées en ce point, sans cesse balayé par les vents, pour éviter les inconvénients des grandes chaleurs que l'on a à supporter l'été dans les endroits plus abrités. C'est dans une maison de ce village, à 45 mètres au-dessus du niveau de la mer, que sont logés les enfants scrofuleux envoyés par les hôpitaux de Lyon. Le bâtiment est assez grand pour recevoir une vingtaine ou une trentaine d'enfants ainsi que le personnel, constitué par les sœurs des hospices de Lyon, sœurs qui dépendent uniquement de l'administration hospitalière de cette ville. Il est orienté de l'Ouest à l'Est, avec façade double du côté du Nord et du Midi ou à peu près. Au rez-de-chaussée se trouvent une salle de travail pour les enfants, un petit dortoir contenant quelques lits, la cuisine, le réfectoire, la cage de l'escalier, etc. Aux étages supérieurs, il y a d'autres dortoirs, constitués par des chambres ordinaires communiquant les unes avec les autres. Le lit de la sœur surveillante est placé dans le dortoir. Des lavabos très bien tenus sont installés dans un cabinet voisin. Une terrasse couronne le bâtiment et sur cette terrasse est disposé le réservoir d'eau. L'eau est amenée là par une canalisation spéciale : elle est fournie par la machine élévatoire qui alimente la ville d'Hyères. Les dortoirs sont carrelés, les murs blanchis à la chaux, et leurs angles ont été supprimés ; les lits n'ont pas de rideaux. Dans une dépendance de la maison principale se trouvent des chambres pour les sœurs employées au Sanatorium et pour celles qu'on envoie comme malades faire une saison aux bords de la mer. L'administration des hôpitaux de Lyon a un représentant à Giens ; son habitation est dans le village. Le service médical est fait gratuitement par M. le Dr Vidal, l'organisateur si désintéressé de cette première expérience et le promoteur du grand Sanatorium qu'on va construire dans une situation plus favorable encore. Nous n'insistons pas et ne détaillons pas davantage cette description, car il ne s'agit là que d'un essai, que d'une installation provisoire ; mais il nous a cependant paru utile d'en dire quelques mots pour renseigner les Parisiens sur ce qui existe actuellement.

En tous cas, cet essai a montré que l'endroit choisi est à l'abri de tout soupçon au point de vue de la contamination paludéenne, que le voisinage de l'étang salé des Peschiers et les salins importants qui le bordent pouvaient faire craindre, surtout à ceux qui ne savent pas distinguer, hygiéniquement parlant, entre *marais salants* et *marais mouillés*. Cette tentative qui a fourni d'excellents résultats thérapeutiques prouve donc que cet étang des Peschiers n'a pas eu d'influence néfaste, pas plus que les salins dont on pourra peut être un jour utiliser les eaux-mères.

L'établissement projeté siégera très probablement, — car la question n'est pas encore réglée (1), — à quelques mètres seulement de la mer et d'une jolie plage, au fond d'une petite crique qui se trouve sur le versant Sud, aux pieds et un peu à l'Est du vallon sur lequel s'élève le village de Giens. Cette crique est entourée de toutes parts par des collines couvertes d'une forêt de pins et protégée à l'Est et à l'Ouest par deux massifs rocheux s'avançant vers la haute mer. Le Sanatorium sera bâti dans un terrain en bordure sur la plage qu'il surplombe de 8 à 10 mètres, nivelé de l'Est à l'Ouest, en pente très douce et en pleine façade sur la Méditerranée. Ainsi placé dans une sorte d'entonnoir, à l'abri des vents régnants (Est et Ouest), des mieux exposé aux brises marines qui soufflent continuellement en ce point où la température moyenne n'est d'environ que de 3° plus élevé qu'au village si bien ventilé de Giens, il aura l'avantage d'être au bord de l'eau et d'être mieux situé pour arriver au maximum de ce que l'on veut obtenir des émanations de la mer et de l'air salin. Au fond de cette petite dépression de terrain bien ombragée, il sera à l'abri des très grandes chaleurs, par ce fait que peu après le lever du soleil la brise marine ne tarde pas à se lever.

(1) E. Vidal. — *Les Climats d'Hyères et le Sanatorium maritime* : Hyères, 1888, p. 69.
(2) Hyères est à 150 kilomètres de Lyon.

(1) Voir l'article de M. Aubert : *Une visite à Giens*, in *Lyon médical*, n° 39, 23 sept. 1888, p. 187. Notre bulletin était composé quand nous avons pu prendre connaissance de la note de M. Aubert, qui était à Giens presqu'en même temps que nous.

De la sorte aussi les bâtiments seront constamment imprégnés de cette buée marine, si pure et si salutaire, et si abondante sur les plages où, à l'encontre de ce qui existe ici, il y a le phénomène des marées. Un inconvénient sérieux que nous ne devons pas passer sous silence est la présence de ces insupportables moustiques qui pullulent dans ces régions pendant la saison estivale ; on sera donc obligé de prendre des précautions sérieuses à ce sujet ; mais ce sera assez facile à faire, car les moustiques ne sont jamais très nombreux aux bords de l'eau salée, et M. Vidal assure qu'en ce point particulièrement ils sont rares. On sait en effet que leurs larves ne se développent que dans l'eau douce ; ces insectes ne viennent vers la mer que « portés sur les ailes des Vents. »

Le nouvel hôpital maritime portera le nom de Sanatorium Renée Sabran d'Hyères-Giens, en souvenir du président du Conseil général des hospices civils de Lyon qui a donné le terrain nécessaire (25 hectares). Des plans, dus à M. Chapoulart, architecte, ont été proposés par M. Vidal, dans son livre. Nous y renvoyons le lecteur ; il y verra comment on doit concevoir l'installation d'un établissement de ce genre. L'hôpital à construire pourra recevoir au début une centaine de malades ; on l'augmentera peu à peu.

M. Vidal a bien raison de dire : « Ce qu'il faut avant tout, c'est de ne pas imiter Berk-sur-Mer. Nous ne voulons admettre dans notre Sanatorium que des scrofuleux, des lymphatiques, des candidats à la tuberculose, des tuberculeux à opérer et des tuberculeux opérés. » Nous ajoutons qu'il ne faut pas, à notre avis du moins, le transformer en une salle de chirurgie aux bords de la mer pour les tuberculeux. Inutile, en effet, de rappeler ce que disaient récemment à ce propos à la Société de Chirurgie (1) MM. les Prs Verneuil et Trélat, idées qu'approuvent fortement MM. les Prs Richet et Ollier.

Nous souhaitons vivement la construction rapide de ce nouveau Sanatorium qui, en raison de sa situation sur les bords de la Méditerranée, du rôle qu'il sera appelé à remplir, différera complètement de l'hôpital de Berk. L'administration des hospices de Lyon est animée des meilleures intentions et n'a point peur du progrès ; nous sommes convaincu qu'elle fera élever vite et sans luxe des pavillons qui seront d'une architecture simple, d'une construction solide et parfaitement aménagés pour répondre aux lois de l'hygiène et aux exigences du traitement par la mer. Il faut que le futur Sanatorium d'Hyères-Giens, si bien situé au point de vue de la salubrité et du climat, dans ce beau pays du soleil, soit un modèle, du moins pour les autres établissements analogues à créer sur la Méditerranée.

Si l'Assistance publique de Paris se décidait enfin à faire les frais d'un nouvel hôpital maritime important, il faudrait que la Commission, nommée pour étudier l'emplacement à choisir, daigne visiter avec soin notre littoral, les villes désignées et qu'elle renferme dans son sein des personnes connaissant la mer, avec tous ses tenants et aboutissants (2). Pour nous, malgré nos sympathies ataviques pour l'Océan, si la distance n'était pas aussi considérable de Paris à la Méditerranée, nous serions d'avis que la colonie sanitaire à fonder serait très bien placée sur les bords de cette mer si bleue, aux allures si calmes, aux pieds des montagnes des Maures ou des monts de l'Esterel, par exemple. Mais, en face de l'idéal que doit poursuivre le médecin, se dressent souvent des considérations dont il importe en pratique de tenir compte. A l'origine beaucoup de familles ne voulaient pas laisser partir leurs enfants pour Berk ; aujourd'hui, l'expérience étant faite, elles s'habituent plus aisément à l'éloignement de leurs petits malades qu'elles peuvent aller voir de temps en temps, grâce à la diminution de prix que la Compagnie du Nord a consentie. Mais il leur serait à peu près impossible d'aller visiter leurs enfants, si l'on établissait pour Paris un hôpital maritime sur ces plages si salutaires. C'est pour cela qu'en maintes circonstances le *Progrès médical* a insisté sur les avantages qu'il y aurait à créer des *Sanatoria d'été*, soit aux environs de Granville, soit au voisinage de Roscoff, ou ailleurs encore, dans la *Provence bretonne*, etc. Le transport des malades serait plus économique et la surveillance plus facile, points de vue qu'on ne saurait dédaigner si l'on veut arriver à une solution pratique.

En tous cas, il faut que l'Assistance publique choisisse et agisse promptement ; il faut qu'elle envoie quelque part, hors de nos murs, ces innombrables enfants scrofuleux qui encombrent les hôpitaux où ils s'étiolent ; il faut qu'elle envoie dans un milieu marin, et non dans des salles de chirurgie, tous ces tuberculeux qui ont à subir ou ont subi une opération chirurgicale importante. Depuis une douzaine d'années, le *Progrès* n'a cessé d'agiter cette question hospitalière et il n'a pas tenu à lui que l'Assistance publique de Paris n'ait rempli le devoir impérieux qui lui incombe et n'ait donné à toutes les grandes villes de France un exemple complet à suivre.

Marcel Baudouin.

(1) Voir in *Prog. médical*, C. R. de la *Soc. de Chir.*, juillet 1887.

(2) Il faut encourager le goût de la géographie..... même à l'avenue Victoria ; si les voyages forment la jeunesse, ils déforment parfois certaines idées de l'homme mûr.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 sept. 1888. — Présidence de M. Descloizeaux.

M. Chatin lit un travail sur l'état actuel des *vignes françaises*. Il indique par quel moyen certains viticulteurs à Meyzieux (Isère), par exemple, ont encore des cépages français superbes, malgré la présence du *Phylloxera vastatrix* sur les racines. Ces vignobles résistent même au *Peronospora viticola* par l'emploi d'une *taille à long bois triennale avec pincements anticipés ou mieux éborgnements et d'un engrais puissant, constitué par du phosphore granulé, des produits à base d'azote, de potasse et de chaux.*

M. R. Dubois adresse une note sur *le rôle de la Symbiose chez certains animaux marins lumineux*. Les récentes recherches de ce savant montrent qu'on peut concilier la théorie de la fermentation photogène avec l'hypothèse proposée par quelques-uns de l'oxydation d'une matière phosphorée. Elles expliquent le rôle du sang alcalin et salé dans les tissus acides photogènes des Lampyrides et des Elatérides, constaté depuis longtemps. On conçoit maintenant, grâce à ces travaux, comment la phosphorescence de la mer peut être produite par la désagrégation d'animaux marins, et quelles sont les causes qui font cesser ou apparaître ce phénomène et qui en exagèrent ou en atténuent l'intensité.

M. J. Chatin communique un mémoire sur les *Myé-*

locytes des Invertébrés. Les myélocytes ne doivent plus être assimilés à des noyaux libres ; ce sont de véritables cellules, pourvues d'un corps protoplasmique, d'un noyau, d'un ou de plusieurs nucléoles, parfois d'une ébauche de membrane, et contenant des produits secondaires. Ces caractères sont nets chez les myélocytes des Invertébrés (Annélides, Crustacés, Mollusques. Insectes, etc.). Les myélocytes des Invertébrés n'ont jamais plus de 9 μ à 15 μ. La partie protoplasmique n'occupe qu'une étroite zone périphérique. Le noyau est très gros ordinairement. Les gouttelettes de graisse se montrent dans les régions parallèles au grand axe du noyau, les pigments aux pôles du myélocyte (Sabelliiens, etc.). Le myélocyte peut n'avoir qu'un prolongement (Arenicole. Sabelle, etc.), au lieu de 2, ou en présenter plusieurs (Gastéropodes). Ces prolongements se mêlent pour former un lacis fibrillaire, qui s'intriquent parfois avec des fibrilles conjonctives. Chez les Invertébrés, les myélocytes sont nettement des éléments cellulaires nerveux ; quand le myélocyte est unipolaire, la cellule voisine l'est aussi. Il y a toutes les formes de passage entre les myélocytes et les cellules nerveuses (Lymnées, Cyclostomes). L'autonomie des myélocytes est donc très ébranlée anatomiquement. On les trouve chez les Invertébrés principalement dans les ganglions les plus élevés au point de vue fonctionnel, ceux qui donnent naissance aux nerfs sensitifs spéciaux, surtout les optiques. En somme concordance frappante entre les dispositions qui existent chez les Invertébrés et les Vertébrés,

M. Willot dépose une nouvelle note sur la *destruction par le sel marin* de l'*Heterodera Schachtii* et du *Phyloxera vastatrix*.

Séance du 17 *sept.* 1888. — Présidence de M. Descloizeaux.

M. René Chevrel adresse une note sur le *système nerveux grand sympathique des poissons osseux*. Les racines de l'extrémité antérieure du sympathique sortent toujours du trijumeau proprement dit. La portion céphalique du sympathique n'est pas toujours située en dehors du crâne. Chez quelques poissons, sa partie antérieure est logée dans la partie crânienne. Le premier ganglion céphalique reçoit le plus souvent des filets nerveux allant au palatin, aux maxillaires, à l'opthalmique, aux nerfs ciliaires, au glosso-pharyngiens. Les filets sympathiques allant directement aux arcs branchiaux sont rarement observés chez ces animaux. Ordinairement l'artère axillaire est accompagnée d'un ou deux filets avec ou sans ganglions. La plupart des artères intercostales sont accompagnées d'un filet sympathique. Les rameaux communiquant, unissant le cordon sympathique aux nerfs rachidiens sont parfois mixtes, c'est-à-dire contiennent des filets venus du nerf rachidien et d'autres venus du ganglion sympathique correspondant. La partie caudale du sympathique est toujours double. Les ganglions de la partie caudale naissent des filets qui s'anastomosent avec les nerfs rachidiens, innervant les muscles de la nageoire caudale.

M. Alexandre Vitzou adresse un travail sur l'*entrecroisement incomplet des fibres nerveuses dans le chiasma optique chez le chien*. Chez cet animal, les fibres nerveuses, partant des lobes occipitaux et se rendant à la rétine, ne s'entrecroisent pas complètement dans le chiasma optique, comme on l'a soutenu jusqu'ici. La plus grande partie de ces fibres (les 3/4 environ), se portent du lobe occipital à l'œil du côté opposé, tandis qu'un certain nombre d'entr'elles vont innerver directement, sans subir d'entrecroisement dans le chiasma, l'œil du côté correspondant.

M. R. Dubois et Léo Vignon envoient une note sur l'*action physiologique de la para — et de la métaphénylène-diamine*. Les phénylènes-diamines ont des propriétés basiques accentuées et présentent avec les leucomaïnes et les ptomaïnes une remarquable similitude de fonctions chimiques. La *métaphénylène diamine* (C^6H^4 ($n H^2)^2$ 1-3 et la *paraphénylène-diamine* (C^6H^4 $n H^2$, 1-4 sont deux bases isomères (exemple typique de l'isomérie spéciale aux dérivés bi-substitués de la benzine) qui produisent des accidents analogues à ceux qu'on observe dans certaines affections pathologiques. L'intoxication aiguë par ces deux poisons est caractérisée chez le chien par de la salivation, des vomissements, de la diarrhée, puis la mort dans le coma. Ces deux substances agissent en s'emparant de l'oxygène des tissus, comme le ferait un micro-organisme. La métaphénylène-diamine cause chez le chien une grippe intense, puis du coma analogue à celui de certaines infections. La paraphénylène-diamine porte son action sur l'orbite : exopthalmie énorme, chémosis considérable, infiltration du tissu cellulaire de la cavité orbitaire, mélanose des glandes lacrymales. Les expériences paraîtront in-extenso dans les *Archives de physiologie*.

Marcel Baudouin.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 25 *septembre* 1888. — Présidence de M. Hérard.

M. Lejars présente deux spécimens d'une *nouvelle méthode d'injection des veines*. L'existence des valvules, qui interdit toute injection centrifuge, a rendu incomplète jusqu'ici l'étude des origines veineuses. Par un procédé laborieux, M. Bourceret était arrivé à remplir les veines à rebours, malgré les valvules, mais il n'obtenait ainsi que des pièces partielles. Injecter les veines par les artères, telle est la méthode que, suivant les conseils de M. Farabeuf, M. Lejars a cherché à appliquer, comme la seule qui permet l'injection totale du système veineux. Nos masses ordinaires, au suif et à la gélatine, passent en partie dans les veines, si le membre est suffisamment chauffé; mais le suif ou la gélatine pénètrent seuls ; la couleur, pulvérulente et de grain trop volumineux, ne franchit pas le réseau capillaire. Il fallait donc une matière colorante soluble dans les corps gras. La racine d'orcanette, la racine de curcuma renferment de tels principes colorants : l'orcanette donne une belle couleur rouge, le curcuma une couleur jaune, qui se dissolvent dans le suif et la cire, qui ne diffusent pas, qui résistent à la dessication, qui se prêtent fort bien, en un mot, à l'injection de recherches. Voici la technique à suivre : deux masses seront préparées, la première à couleur soluble (orcanette et curcuma), la seconde à couleur pulvérulente (jaune de chrôme, vermillon, etc., etc) Or, toutes deux seront injectées, l'une après l'autre, dans l'artère principale. On emploie le suif et la cire dans les proportions ordinaires. Dans la masse fondue et chaude, on jette la racine d'orcanette ; la couleur rouge se diffuse à l'instant, sans que l'ébullition soit nécessaire. La quantité de racine doit varier avec l'intensité de teinte à obtenir ; le liquide est soigneusement passé dans un linge. La seconde masse est colorée avec nos matières pulvérulentes ordinaires.

La pièce doit être chauffée longtemps, 4 ou 5 heures, entre 40° et 50° ; l'injection se fait dans le bain. Par l'artère, on pousse d'abord la masse à l'orcanette; quand la résistance au piston devient sensible, on s'arrête. Séance tenante, toujours par l'artère, on injecte la seconde masse, et cette fois il faut longtemps prolonger l'effet. La masse à couleur soluble franchit librement les capillaires, dans le sens du courant sanguin et pénètre jusqu'aux veines; injectée par dessus la masse à couleur pulvérulente, la pousse devant elle et la refoule tout entière dans le système veineux, en s'arrêtant elle-même à la barrière capillaire : le système veineux et le système artériel sont donc remplis d'un seul coup et différemment colorés. En injectant le système veineux par ses veines, cette méthode permettra de faire une étude complète de ses origines. Si la question des canaux dérivatifs, des voies de communications artério-veineuses, autres que les capillaires. reste problématique, c'est par cette méthode encore que l'on obtiendra sans doute une solution définitive.

M. Onimus fait une communication sur la *Journée médicale dans les stations hivernales*. On appelle journée médicale la durée pendant laquelle les malades peuvent et doivent sortir. Les malades peuvent sortir plus tôt qu'on

ne le conseille généralement, mais ils doivent rentrer avant le coucher du soleil.

M. Albert Robin fait une communication sur *l'urologie clinique de la variole*. Pendant la période d'invasion, l'urée de 24 heures se maintient, chez l'adulte, entre 28 et 38 grammes. Lorsque la variole survient pendant la convalescence d'une maladie aiguë, son début est marqué par de l'azoturie : cette azoturie existe aussi chez les enfants. Le chiffre de l'urée est d'autant plus élevé que la maladie affecte une marche plus franchement inflammatoire, tandis qu'il s'abaisse lorsque la fièvre prend un caractère de mauvaise nature. La densité varie de 1026 à 1035. — Pendant la période d'état et la convalescence, l'urée tend à rester dans les hauts chiffres de 28 à 35, et elle subit une poussée qui s'élève de 3 à 4 gr. aux alentours de la suppuration. Les chlorures, très diminués pendant la fin de la période d'invasion et la période d'éruption, remontent à 2 gr. et 2 gr. 50 pendant la suppuration, pour s'élever à 8. 10. 15 gr. à l'époque précise où l'urée subit une diminution. L'acide phosphorique est augmenté pendant les premières étapes de la variole ; il augmente encore quelque peu au moment de la suppuration. — L'acide urique existe toujours en grande quantité dans les premières périodes de la maladie ; il diminue peu à peu à partir de la suppuration, pour redevenir normal pendant la convalescence. Les matières extractives sont notablement augmentées, surtout dans la variole grave.

M. Albert Robin admet quatre variétés d'albuminurie dans la variole : l'albuminurie prévariolique, survenant avant l'éruption : l'albuminurie transitoire, se produisant au début de l'éruption et au moment de la suppuration ; l'albuminurie abondante qui survient à une époque quelconque de la période aiguë ; enfin l'albuminurie de la convalescence.

M. Siredey lit un rapport sur une note de M. Misrachi (de Salonique) relativement au *traitement de la fièvre puerpérale*. M. Misrachi n'apporte aucun fait précis et n'hésite pas à conclure que les lavages intra-utérins doivent céder le pas à l'écouvillonage de la cavité utérine.

M. Guéniot insiste sur l'utilité de ces lavages utérins dans les cas légers de fièvre puerpérale.

M. Blanche fait la lecture d'un *rapport* sur le *Prix Civrieux* pour l'année 1888. A. Josias.

REVUE D'OPHTHALMOLOGIE

VII. — Société allemande d'Ophthalmologie d'Heidelberg.

VIII. — Annales du laboratoire de l'hospice national des Quinze-Vingts. — Recherches sur l'anatomie et l'histologie normales et pathologiques de l'œil, accompagnées d'un atlas et publiées par le Dr Fieuzal, médecin-chef et le Dr Hænsell, chef du laboratoire, tome I, fasc. l'année 1888. Premier semestre. — Paris, Delahaye et Lecrosnier, éditeurs.

IX. — Précis des maladies oculaires; par le professeur Arthur Vossius, de Kœnigsberg, 24 figures et 14 champs visuels, 1 coupe de l'œil normal. — Leipzig et Vienne, 1888. — Franz Deuticke.

X. — Sur la conjonctivite épidémique de Jassy, 1887; par Otremba-Sucor et Negel Jassy, 1888.

XI. — Annales d'oculistique. — Warlomont, juin.

XII. — Centralblatt d'Hirschberg. — Berlin, juin 1888.

XIII. — American journal of Ophthalmology, mars 1888.

VII. — La Société de Heidelberg, se décrétant Congrès international d'ophthalmologie, nous a permis seulement de connaître un très court résumé des travaux présentés ; elle n a pas autorisé la libre publication des mémoires et les a réservés pour l'éditeur de ses bulletins.

Autre fait bien plus anormal, la Société a décidé que le prochain Congrès d'ophthalmologie n'aurait lieu que dans six ans.

Ainsi, une Société locale allemande, qui n'avait reçu primitivement aucun mandat pour se former en Congrès, croit pouvoir prendre une délibération touchant à l'existence et au fonctionnement d'une autre institution internationale!

Le Congrès d'ophthalmologie devait se réunir toutes les quatre années ; Heidelberg décide que ces réunions n'auront lieu que dans 6 ans.

Six ans! mais comparez donc l'état de la science en 1882 et en 1888. C'est tout simplement la métamorphose bactériologique des théories médicales. Qui sait ce qui nous attend en 1894, et combien de ceux qui ont pris cette décision n'en verront pas l'exécution !

Quel que soit le motif inconnu qui ait entraîné Heidelberg à prendre une mesure aussi illégale, nous en appelons aux Sociétés particulières de toutes les villes et de tous les pays et à la presse ophthalmologique Nous demandons que, dans les prochaines réunions de 1889, cette question soit mise à l'ordre du jour de toutes les réunions et le bureau de Heidelberg, constitué à Edenbourg, prendra note des décisions. La majorité constituée cette fois plus légalement, qu'à Heidelberg, imposera sa *volonté*.

VIII. — Il y a 15 ans, alors que Fieuzal publiait le premier compte rendu de son service, nous lui faisions remarquer quelle mine de richesses anatomo-pathologiques il possédait aux Quinze-Vingts. Mais, entraîné lui-même par la clinique, il ne pouvait s'occuper des travaux de laboratoire. Il chercha longtemps un homme décidé à utiliser les immenses matériaux qui s'accumulaient dans ses vitrines : il ne le rencontra qu'au-delà du Rhin ; mais il faut le reconnaître, son choix fut des plus heureux.

Si nous en jugeons par les travaux déjà publiés depuis quelques années aux Quinze-Vingts, ce n'est pas en pure perte qu'auront été dépensées d'aussi fortes sommes pour la construction des laboratoires, pour l'achat des instruments les plus perfectionnés. Aussi bien la science histologique et microbienne fait des progrès tels ; elle arrive à une perfection si puissante dans l'analyse que toutes les ressources les plus coûteuses ou les plus récentes doivent être utilisées pour les recherches, si nous voulons rester à la hauteur de ce qui est fait par nos voisins.

Fieuzal l'avait bien compris, et, alors que dans les Facultés ou dans les Ecoles officielles, les bureaux du ministère refusent systématiquement tout instrument, toute installation pour les études il avait, grâce à ses anciennes relations et surtout aux services rendus aux pauvres, il avait obtenu un matériel merveilleux.

Il meurt au moment où son rêve allait s'accomplir, ayant eu du moins la satisfaction de voir paraître la 1re livraison de son ouvrage. Nous espérons que cette idée grande et utile ne s'éteindra pas avec lui ; car ses successeurs ont trop à cœur aussi les progrès de la science française pour ne pas la poursuivre. Si nous insistons sur l'utilité de cette publication, c'est qu'elle est la première en France paraissant avec ce luxe d'impression et de belles figures.

Ce fascicule in-folio, de 56 pages de texte, contient 8 planches.

Fieuzal, après avoir fait un historique rapide de l'anatomie pathologique, aborde immédiatement la technique histologique et donne la description d'un *microtome nouveau modèle* qui a coûté à M. Hansell plusieurs années de travail et de recherches. Nous pensons que de tels instruments, d'un prix très élevé, mais remplissant, il est vrai, leur but avec une perfection extraordinaire, ne sont pas du domaine de la science des particuliers. Les laboratoires riches seuls peuvent se les offrir. Quoi qu'il en soit, ce microtome nouveau réalise des merveilles : débiter un globe oculaire entier en coupes assez fines pour permettre aux plus forts grossissements l'étude des phénomènes cellulaires est un problème aujourd'hui facile avec ces instruments. Il est certain que l'anatomie pathologique en retirera un profit sérieux.

Nous en citerons comme preuve immédiate les quelques pages écrites par M. Hænsell sur les différentes périodes de la prolifération cellulaire et les phénomènes de karyokinèse, qu'il a pu suivre exactement dans l'étude d'un *leucosarcome*.

L'examen histologique de cette tumeur de l'œil observée par Fieuzal, forme la deuxième partie de ce fascicule. Nous y trouvons 4 planches hors ligne, dont 2 sont consa-

crées à la représentation des phases de division nucléaire et de condensation du protoplasma. Nous souhaitons longue vie à l'œuvre de Fieuzal. Cette publication peut en quelques années réaliser un travail unique au monde et l'hôpital des Quinze-Vingts y trouvera gloire et honneur.

IX. — Ce volume de [illegible] pages est un résumé des maladies oculaires, mis au courant des travaux les plus récents de l'ophthalmologie. L'auteur a éliminé tout ce qui était ancien, inutile, pour rédiger l'état actuel de la science. Il l'a fait avec beaucoup de clarté et de simplicité, accompagnant ses descriptions de nombreuses figures toujours parfaites, et en sachant donner même à sa rédaction par la séparation des chapitres, par le relief des paragraphes, un cachet de précision remarquable.

Le plan suivi par l'auteur est original : il est une preuve de la façon judicieuse dont il envisage la pathologie oculaire. Il débute par un chapitre sur le mode de traitement et les médicaments employés dans cette pathologie spéciale. Passant à l'étude des anomalies de réfraction, d'accommodation et aux paralysies musculaires, il fournit d'excellents schémas sur la position des images dans chaque paralysie. Les maladies des paupières, des organes des larmes, de l'orbite, précèdent les chapitres consacrés à celle de la conjonctive, de la cornée et de la sclérotique, de l'iris et du cristallin.

Le cristallin, la choroïde, la rétine et le nerf optique forment des classes à part. Les dernières sont consacrées à l'anellique et à l'amaurose. Chose bien entendue, l'auteur a étudié à part le glaucome et l'ophthalmoplégie, consacrant un dernier article aux blessures de l'organe.

Ce plan est conforme à la clinique, car nous savons aujourd'hui que le glaucome n'est plus une maladie de la choroïde, mais bien un syndrome fort complexe, constituant une entité morbide à caractères anatomiques spéciaux. Il en est de même de l'ophthalmoplégie, de l'atrophie du bulbe. Nous regrettons que le professeur Worms n'ait guère consacré que deux pages à ce processus ultime, qui devait fournir en réalité autant de considérations physiologiques et anatomo-pathologiques que le glaucome.

L'auteur a eu, et il le dit dans sa préface, pour objectif de mettre son œuvre au point pour 1888. Et, cependant, il nous permettra de lui signaler quelques oublis importants. Du reste, bien que dans un livre aussi concis il est impossible de tout citer, il est évident que l'auteur est surtout au courant de la littérature allemande, sans se soucier beaucoup des travaux français, même de ceux qui ont la priorité dans un sujet.

Nous avons parlé de quelques oublis : le plus grave est selon nous celui qui concerne la Skiascopie, méthode française, aujourd'hui acceptée partout pour l'examen rapide des vices de réfraction. Le professeur Worms n'en dit pas un mot.

Nous comprenons qu'on ne parle plus du trépan de la cornée, ni du drainage de l'œil ; mais, dans un livre qui se pique d'être au courant de la science, les méthodes de transplantation sinon de l'œil, tout au moins de la cornée (Hippel), méritaient une légère mention.

Et, dans le daltonisme, pourquoi ne pas décrire l'instrument de Chibret, qui est sans contredit le plus apte à découvrir et à mesurer les daltonismes.

Il nous suffira de ces exemples pour montrer que ce précis des maladies oculaires contient quelques lacunes ; tel qu'il est, néanmoins, c'est un excellent livre où certains chapitres sont traités magistralement. Un dernier mot : pourquoi s'être abstenu de toute indication bibliographique ? en sorte que le lecteur en suivant une citation ne peut se reporter à la source pour connaître le développement de la question. [illegible] les auteurs Allemands [illegible].

X. — [illegible] de conjonctivite qui a atteint [illegible]. Au début [illegible]. A l'extérieur [illegible] légère. Etat papillaire de la muqueuse qui passe à l'état granuleux (frais de grenouille). Rien à la cornée, dans les cas ordinaires. Quelques malades ont eu des cicatrices trachomateuse, du pannus et de la sécrétion purulente.

Cette épidémie bénigne en apparence était due à un microcoque, qui ensemencé sur de la gélatine a produit des taches d'un blanc cendré, jaunâtres plus tard, liquéfiant la gélatine, et composées de cocci analogues à ceux de la sécrétion.

Les auteurs n'hésitent pas à voir dans cette petite épidémie le vrai trachome et la conjonctivite granuleuse.

Ce microcoque est-il celui qu'ont décrit les auteurs qui depuis lors les ont examinés, des muqueuses dans les ophthalmies d'Egypte, nous n'oserions l'assurer.

Cette affection n'a pas du reste les caractères dans la conjonctivite granuleuse franche, telle qu'on l'observe après l'inoculation fortuite ou cherchée.

Tel qu'il est ce petit travail est à conserver néanmoins ; et quand nous aurons ainsi une série de microbes pathogènes, la vérité se fera peut être dans l'étude de la maladie [illegible], la conjonctivite granuleuse vraie.

Pour nous il est démontré, contre l'avis d'Arlt, que le microbe de la granulation peut ne pas être celui de la blennorrhée. Dans certains cas, il en diffère notablement. Tout semble annoncer du reste que la granulation n'est pas une production d'étiologie uniforme. C'est la réaction des tissus contre un agent irritatif, réaction aboutissant à la formation d'un petit microbe cellulaire, mais la cause peut varier : nous avons décrit en ce genre la *Granulation [illegible]* de la conjonctive.

XI. — Le numéro de juin 1888 des *Annales d'Oculistique [illegible]* contient un travail de Deneffe sur la perfectibilité du sens chromatique dans l'espèce humaine. L'auteur reconnaît bien l'incurabilité du daltonisme congénital, mais il constate que pour la notion exacte des couleurs la femme l'emporte sur l'homme, l'adulte sur l'adolescent, l'adolescent sur l'enfant. L'éducation du sens chromatique s'impose donc comme celle du sens musical. — Citons dans ce fascicule une note d'Abadie sur un nouveau procédé d'irido-ectomie au moyen d'une double ponction, qui permet par en haut la rétraction et l'excision d'un lambeau triangulaire, taillé par en bas au ciseau de Wecker ; — une étude de Nuel sur les ruptures scléro-cornéennes, et le mode le plus favorable de suture. Celle-ci est en *x*, prenant deux points d'appui, représentés par les extrémités de l'*x*, à l'équation et sous la cornée. Enfin on y trouve aussi une note de Martin de Bordeaux, qui veut étendre l'énucléation dans la panophthalmie aux diabétiques et aux albuminuriques, ne contient pas d'observation à l'appui.

XII. — Ce numéro comprend quelques observations cliniques d'Herzberg sur l'inflammation spécifique de la rétine et de la choroïde ; un travail de Jacobson sur la conjonctivite folliculaire granuleuse dont il distingue [illegible], l'infiltration lymphoïde et la néoformation folliculaire avec substance adénoïde consécutive. Il conseille en pratique l'excision des parties infiltrées et l'extirpation des follicules. Citons encore, dans le numéro du *Centralblatt*, une note de Weiss de Heidelberg sur l'anatomie de l'œil : il s'occupe de la longueur et de la courbure du nerf optique, de ses rapports et de ses transformations dans la pupille. L'auteur s'est trouvé d'accord avec Stilling dans ses recherches sur la myopie. Citons les chiffres suivants :

[illegible]	Longueur du N. [illegible] extension [illegible]	Différence donnant la longueur de la courbe.
My., 18 [illegible] . .	23,8	5,3
Max. [illegible] . .	30	9
M.. [illegible] . .	20	3

Le même journal analyse un mémoire inséré dans les *Archives* [illegible] de Schmoner, sur la maturation de la cataracte. C'est une étude approfondie des changements pathologiques qui surviennent après la paracentèse et le massage dans les noyaux et les fibres du cristallin. Grâce aux perfectionnements des lentilles et des microscopes, cette observation des modifications dans les noyaux et le protoplasma devient chose facile. Dans ces expériences.

l'auteur a suivi méticuleusement toutes les modifications des éléments cellulaires qui se terminent par la cataracte artificielle de Forster.

Le numéro de juin contient l'annonce de la formation à Berlin, d'un musée de Græfe. En France, Daviel n'a pas encore sa statue!

XIII. — Le numéro de mai de l'*American journal of Ophthalmology* donne un mémoire avec plusieurs observations à l'appui sur l'astigmatisme binoculaire, et sa différence avec l'astigmatisme de chaque œil isolément. L'auteur montre les changements d'axe nécessités dans la situation des verres cylindriques pour cette vision binoculaire.

Il renferme encore un travail de Chisolin de Bellemare sur l'astigmatisme avec 2 tableaux statistiques : sur 196 cas examinés, 544 sont astigmates de 0,25 D et 783 moins de 1 D. ; 127 atteignent de 1 à 2 D ; 51 sont placés entre 2 D et 3 D ; 23 seulement s'élèvent de 3 à 6 D.

Quant à la direction du méridien, l'angle de 0,25° forme la grande majorité.

La Société médicale d'Arkansas, dans sa réunion d'avril 1888, appelle l'attention des médecins des autres sociétés, sur le charlatanisme qui prend dans cette contrée l'*aspect religieux*. Des écrits, affectant une forme de haute moralité et d'esprit de pénitence, proposent des remèdes secrets, pour la phtisie, le cancer, etc. La Société s'adresse au clergé pour obtenir la cessation de tels abus.

Dr Poncet (de Cluny).

BIBLIOGRAPHIE

Les maladies de l'esprit ; par G. Pichon. — Paris, in-8, 1888. — Oct. Doin, éditeur.

Au lieu de disséminer dans une publication périodique un certain nombre de celles de ses observations lui paraissant intéressantes, et d'égrener dans un journal le travail de son clinicat, M. Pichon en a formé un ensemble sous le titre que nous venons d'enregistrer; ou plutôt, sous ce titre, il étudie la *coexistence chez un même sujet de plusieurs délires à individualités propres ou de plusieurs intoxications.* Il procède à une dissection des éléments morbides qui lui permet de juger les caractères des symptômes et de fixer le fond des syndromes, de dissocier en un mot un agrégat psychopathique en ses facteurs naturels, et d'en mettre à nu le terrain générateur. C'est un *mémoire* de manipulation diagnostique limitée à un district important mais spécial de la pathologie mentale. Ainsi en est-il des manipulations analytiques industrielles des chimistes de profession.

La première partie du mémoire se rapporte aux *Délires proprement dits*; après un chapitre de généralités relatives au déterminisme de chacun d'eux et à la physionomie de la question des *coexistences vésaniques* l'auteur analyse : *A.* La paralysie générale et le délire des grandeurs dans leurs rapports avec des délires multiples. — *B.* Le délire des persécutions dans les mêmes conditions. — *C.* L'épilepsie et le délire épileptique envisagés de la même façon. Chacune de ces subdivisions a pour pivot des observations développées chemin faisant; à propos de l'évolution et des caractères des syndromes, les questions de doctrines et d'écoles sont touchées : telles la théorie dualistique de la paralysie générale ; la dégénérescence mentale ; la simultanéité du délire de persécution, de l'épilepsie, de l'alcoolisme, de la dégénérescence mentale. Enfin un chapitre intitulé, délires multiples complexes, nous présente sur un terrain dégénératif (syndromes épisodiques de Magnan) l'amalgame, d'après M. Pichon, d'un délire de persécution, d'un délire alcoolique, d'un délire épileptique. Des conclusions générales coordonnent la synthèse nosographique de cette désarticulation diagnostique.

C'est aux mêmes manœuvres qu'est consacrée la seconde partie. La gymnastique intellectuelle du médecin s'exerce ici sur les *délires et les états toxiques coexistants.* Quelques pages ayant été réservées à la démonstration préalable de l'idée que ce genre d'empoisonnement passionnel est subordonné à la préparation d'un terrain, d'après la formule « ne devient pas alcoolique qui veut », M. Pichon s'occupe de l'alcoolisme. Il en résume les rapports avec des délires envisagés *suprà* ; puis il en différencie sa modalité de celle de l'absinthisme fleurissant de concert chez le même individu. Il se livre à semblable examen vis-à-vis de l'alcoolisme et du morphinisme. Et il termine par des associations rares chez nous : celle de l'éthiomanie compliqué (d'absintho-alcoolisme (1 observation), et de morphonisme (1 observation), celle du chloralisme compliquant le morphinisme (2 observations) ; il en déduit les caractères de l'intoxication par l'éther et le chloral. Des conclusions générales fixent également cette seconde partie. P. Kéraval.

La mort par la décapitation ; par P. Loye. Préface de M. le professeur Brouardel. — Paris, in-8, 1888. *Progrès médical* et Delahaye. E. Lecrosnier et Babé, éditeurs.

C'est à proprement parler le *problème de la guillotine,* que le distingué préparateur de physiologie à la Sorbonne s'est proposé de résoudre. Pour nous servir, presque termes pour termes de ses expressions, oui ou non la mort intellectuelle est-elle instantanée par ce genre de décapitation ? Cette solution procédera de deux espèces d'éléments : 1° de l'étude de la tête et du tronc chez le chien décapité; 2° de l'étude de la tête et du tronc chez l'homme décapité. La première ne constitue pas moins de trois chapitres. La multiplicité d'expériences nécessitées par les divers articles de l'analyse physiologique, systèmes par systèmes, appareils par appareils, les variantes expérimentales imposées par chaque parcelle de difficultés à résoudre et l'adaptation à cette dissection biologique de phénomènes déjà connus, expliquent la raison d'être de ces cent trente pages.

L'examen du système moteur de la tête dans ses rapports avec l'asphyxie immédiate, l'inhibition et l'instantanéité de la perte de connaissance, leur façon d'être sous l'influence des transfusions sanguines, immédiates, tardives ou retardées, les cellules de la rigidité cadavérique en pareils cas, les effets de la décapitation chez les animaux curarisés ou strychnisés et chez les jeunes ; enfin l'observation comparative des mêmes ordres de modificateurs dans le tronc se traduisent par la somme des vérités qui suivent :

La décollation chez le chien au moyen de la guillotine détermine :

A. Par la section des vaisseaux du cou, l'anémie et l'asphyxie de tous les organes et tissus.

B. Par la section pneumogastrique au cou, d'abord des phénomènes d'excitation dû à l'irritation du nerf, puis les phénomènes paralytiques (affolement du cœur).

C. Par la section de la moelle cervicale et des racines sensitives, le syndrome du choc ou collapsus avec perte de connaissance (arrêt subit des fonctions psychiques) et en même temps, de par l'irritation, un puissant effort inspiratoire, l'accélération des mouvements du cœur, des convulsions des deux pattes postérieures, des hémorrhagies capillaires du poumon.

L'asphyxie, dûe à la fois à l'hémorrhagie et à l'arrêt de la respiration, se manifeste dans la tête et le tronc par des mouvements spéciaux (bâillement, convulsions) par une perte de connaissance presque instantanée, par des convulsions, par une agonie et quelquefois par une élévation de la température. La violente irritation de la moelle, dûe au passage du couteau, peut déterminer d'emblée l'arrêt immédiat de toutes les fonctions. Sans doute, ces troubles peuvent souvent se limiter à la suspension de certaines activités, mais la cessation des actes psychiques paraissent être la règle ; c'est la mort sans agonie, sans convulsions, par inhibition. Telle est la seconde partie.

Voilà de quoi rassurer quiconque réfléchit, pour peu que les phénomènes consignés chez l'homme décapité cadrent avec ceux-là. Et M. Loye montre que tout ce que l'on constate sur la tête et le tronc des suppliciés est réductible au tableau et à la critique physiologique précédents. Si l'asphyxie prédomine chez le chien, c'est que le couteau tombe plus bas que chez l'homme ; quand le couteau coupe la région du nœud vital, c'est l'inhibition comme chez l'homme qui le tue. En d'autres termes, la décapitation sur le nœud vital chez le chien équivaut à la décollation dans toute la hauteur de la moelle cervicale de l'homme. La tête décollée ne manifeste du reste pas la moindre trace de vie psychique, dès l'instant où elle est

abattue; l'instantanéité de la destruction du moins paraît acquise et définitive.

Nous venons de présenter la substance des deux parties qui sont le livre de M. Loye; nous passons à dessein sur l'historique (1re partie) et sur le chapitre médico-légal de la troisième partie (ch. V), simples mises au point d'un prologue et d'une application éventuelle. Si l'on nous demandait notre avis sur la qualité, nous formulerions ainsi notre appréciation. Méthode judicieuse, logique serrée, analyse fort bien graduée, style clair et même élégant. P. Kéraval.

Sur un procédé opératoire de tumeurs adénoïdes du pharynx nasal; par le Dr Soustre. Thèse Paris, 1888.

Après un très court exposé des différents procédés employés pour enlever les tumeurs adénoïdes, l'auteur rappelle en quelques mots le diagnostic de ces végétations et en expose ensuite le procédé opératoire. Il faut d'abord préparer pendant quelques jours le champ opératoire par une antisepsie rigoureuse, consistant en insufflations nasales de poudre d'acide borique, en cristaux fins. L'opération se fait avec une pince que nous avons déjà conseillée et que nous employons depuis plus de cinq ans, pince dont la partie des mors regardant la cloison a été abattue afin de ne pas saisir le septum. Afin de relever le voile du palais on introduit par une narine un tube de caoutchouc qui ressort par la bouche. Ce procédé est attribué à tort à Hopmann, car nous l'avons vu employer il y a quelques dix ans par M. Péan dans ses opérations sur les tumeurs du pharynx nasal. Le malade étant endormi, la pince est introduite dans le pharynx nasal de manière à saisir entièrement la tumeur. Le sang s'échappe en abondance; pour l'arrêter, il suffit de nettoyer la cavité pharyngée avec les tampons de coton hydrophile trempés dans l'acide phénique et de faire moucher le malade ou de lui faire une insufflation d'air dans le nez.

Les accidents pendant l'opération sont rares, surtout si l'on a recours à la pince dont nous avons parlé précédemment, quelquefois on a vu des accidents auriculaires qu'on peut éviter par l'antisepsie. J. Baratoux.

Peripheral neurisis in Raynaud's disease; par le Dr Wiglesworth. (*Transactions of the Pathological Society of London*, 1887).

Il s'agit d'une femme de 26 ans, albuminurique, en état de démence épileptique avec accès de fureur, atteinte de gangrène symétrique. Après la nécropsie, l'examen histologique porta sur la moelle et les nerfs périphériques. La moelle traitée par le bichromate, puis l'alcool, colorée à l'hématoxyline et à l'éosine montre de légers changements au milieu de la colonne vésiculaire de Clarke, dont les cellules, arrondies, avaient des contours mal définis. La névroglie paraissait de même légèrement épaissie, sans qu'on vit de sclérose localisée.

L'examen des nerfs périphériques porta sur trente fragments pris sur les différentes branches des nerfs du bras et du sciatique. Sur les coupes transverses, on note des altérations marquées portant sur le stroma et sur les tubes nerveux. Les vaisseaux sont remplis de globules rouges; leurs enveloppes sont épaissies. L'enveloppe conjonctive générale (épineurium), le perinèvre et l'endonèvre sont très hypertrophiés avec accroissement considérable du nombre des noyaux. Les tubes nerveux sont atrophiés surtout du côté gauche, et l'atrophie est plus marquée à la périphérie (tibial postérieur, médian). Ce travail est accompagné d'une planche qui montre l'atrophie des tubes nerveux et l'épaississement de la partie interne de la gaîne lamellaire des nerfs. L'auteur conclut que si ce fait anatomo-pathologique est confirmé, la maladie de Reynaud cessera naturellement d'appartenir au groupe des névroses et qu'elle aura sa lésion. Al. Pilliet.

La pratique du massage; par W. Hurrell, traduit par le Dr O. Jennings, avec une instruction, par le Dr Dujardin-Beaumetz. — J.-B. Baillière. 1888.

On trouve dans ce traité l'historique, le manuel opératoire et l'action physiologique du massage. Mais il est regrettable que l'auteur n'ait pas cité a l'appui de son opinion sur les différentes indications du massage, des observations concluantes.

L'Enseignement supérieur en France (1789-1889); par M. Louis Liard, directeur de l'Enseignement supérieur au ministère de l'Instruction publique. I. Les Universités en 1789; la Révolution. 1 volume in-8, broché. — Armand Colin et Cie, 5, rue de Mézières, 7 fr. 50 c.

Nous n'avions pas d'histoire de l'*Enseignement supérieur en France* au XIXe siècle; M. Liard a entrepris de l'écrire. Le premier volume de cet important ouvrage arrive fort à propos à la veille du centenaire de 1789. Il est en effet consacré à l'état des Universités à la fin de l'ancien régime et à l'œuvre de la Révolution en matière de haut enseignement.

D'une plume aussi impartiale que bien informée, M. Liard montre d'abord les anciennes Universités, routinières, sans esprit d'initiative, en désaccord avec l'esprit public, n'ayant en elles-mêmes aucun principe de renouvellement et de vie.

La seconde partie du volume est consacrée à la Révolution. On ne sait généralement pas assez quelle place la constitution d'un haut enseignement a tenue dans les desseins de toutes les assemblées révolutionnaires. Née de l'esprit philosophique et scientifique, la Révolution conçut, pour soutenir et développer l'esprit duquel elle procédait, un enseignement supérieur, le plus complet qu'on ait jamais rêvé.

La conclusion qui se dégage de ce volume est celle-ci: La Révolution a donné la formule de l'Enseignement supérieur moderne; elle a, dans cet ordre de choses, posé le point de départ et les idées directrices d'une évolution nouvelle.

Osservazioni sulla chinsura delle coronarie cardiache; (*Observations sur la ligature des artères coronaires*); par le professeur Fenoglio et le Dr Drogoul (Rome, 1888.)— Extrait du *Spallanzani*.

Les auteurs de ce petit mémoire ont fait des expériences assez nombreuses sur les chiens dans le but d'étudier l'influence de l'anémie expérimentale du myocarde sur les contractions du cœur. Ils ont noté l'arrêt subit de la systole à la suite de la ligature de la coronaire gauche. Ils ont soin d'indiquer eux-mêmes la délicatesse de l'opération et la possibilité de comprendre dans la ligature artérielle des rameaux nerveux dont l'irritation expérimentale n'est sans doute pas innocente. D'où l'impossibilité de tirer encore des conclusions définitives de leurs recherches.

De l'épilepsie Jacksonienne; par E. Rolland, 1888. Bureaux du *Progrès médical*; mémoire précédé d'une notice sur les Asiles John Bost par le Dr M. Monod et d'une introduction par le Dr X. Arnozan.

Ce mémoire, couronné par la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, contient un exposé très soigneusement fait de la question. — Anatomie et physiologie normales; Anatomie pathologique, pathogénie et symptomatologie sont traitées avec tous les développements nécessaires. Un grand nombre de schémas et de tableaux ajoutent encore à la clarté des descriptions et font de ce travail un recueil précieux de documents pour tous ceux qui auront à entreprendre des recherches sur l'épilepsie jacksonienne. Pierre Marie.

VARIA

Concours d'architectes-hygiénistes.

École spéciale d'architecture. *Concours de sortie de 1888. Epreuve pour l'obtention du diplôme d'architecte-hygiéniste. Programme.* — On fera le projet d'un *petit hôtel* occupé par une famille de modeste aisance. L'habitation doit comprendre: salon, salle à manger, cabinet de travail, trois ou quatre chambres de maître, deux ou trois chambres de domestiques, cuisine, etc.

Le terrain disponible occupe une surface de 1,000 mètres. Il est situé sur les confins de la capitale et prend façade sur une voie de 12 mètres de largeur. Un égout pourvu d'une pente convenable et largement alimenté d'eau, court sous l'axe de la chaussée. Il est construit suivant le type n° 11 *bis* de la Ville de Paris. Son extrados est placé à 1m 30 au dessous du pavé de la rue.

L'hôtel devra être aménagé pour une habitation agréable. La distribution y sera commode. Mais ce que l'étude doit par-

ticulièrement et complètement montrer, c'est la suite des installations qui assureront l'entière salubrité du lieu : aération, éclairage des locaux, approvisionnement des eaux, évacuation des déchets de la vie liquides et solides.

Le projet comprendra : les plans, coupes et élévations nécessaires, à l'échelle de 0, 01 par mètre. Mais pour toute la partie technique qui doit être spécialement mise en valeur ici, c'est-à-dire pour tous les détails qui concernent les installations ou les précautions qui visent la salubrité du local, les auteurs choisiront les échelles qui conviendront le mieux à l'exposition des agencements qu'ils auront adoptés.

Les dessins relatifs à cette disposition comprendront des écritures ou des légendes explicatives précisant le fonctionnement des appareils. L'argumentation de ce projet sera poursuivie de manière à fournir au candidat l'occasion de faire valoir ses connaissances relativement à la salubrité. C'est ainsi qu'il trouvera l'occasion de parler avec compétence du régime de l'air ou de la température dans les habitations, du nettoyage méthodique de ces locaux, de l'ablation sous les voies municipales des déjections de la maison, du traitement de toutes les eaux résiduaires des villes et de l'entretien de la pureté des eaux de la rivière qui les traverse.

Nota. — Messieurs les élèves pourront joindre à leur travail un mémoire *succinct* traitant un point spécial de salubrité. Le mémoire sera apprécié comme partie importante de l'argumentation. Les examens pour l'admission à l'École spéciale d'architecture auront lieu les 25, 26 et 27 octobre prochain. Les inscriptions seront reçues jusqu'au 20 octobre au siège de l'École, 136, *boulevard Montparnasse*.

Les égouts et le service des eaux à Philadelphie ;
par le Dr [illegible].

La disposition des égouts est une question de première importance pour les habitants des villes. C'est par là que se propagent la plupart des épidémies: le choléra en Italie en est la preuve. En examinant l'historique, on voit que les eaux d'égout composées de substances variées, eau domestique, eau de rue, eau industrielle, matières excrémentitielles ont toujours été dispersées sur le sol, ou bien rejetées dans une rivière à fort courant ou dans la mer. L'action du sol comme filtre paraît limitée, d'après Pettenkoffer (Max), lorsqu'il n'y a pas de végétation active ; mais, avec des plantes vivaces, l'eau purifiée retourne sous forme de vapeur dans l'atmosphère. Nous n'avons pas, au dire de l'auteur, de preuves positives que les germes pathogènes restent tous arrêtés par le terrain. Mais les expériences récentes faites en France démontrent que les germes disparaissent et que l'eau d'infiltration est absolument innocente.

Les water-closets et les fosses sont, l'usage l'a montré, extrêmement dangereux ; heureusement, à Philadelphie, il ne sera plus construit de water-closets ni de privés sans un écoulement régulier des matières. Les privés sans écoulement d'eau ne peuvent être recommandés que dans les villes et villages où l'eau manque, ou dans les parties des cités situées d'une telle façon que le drainage par les égouts est impraticable.

Ce système, employé dans quelques villes, donne d'ailleurs des matières faciles à recueillir pour l'agriculture, mais, maintenant, la meilleure formule pour le traitement des matières et des détritus, c'est l'enlèvement par les eaux, dans lequel le cours naturel de l'eau suffit pour balayer, enlever les matières. Dans ce système « du tout à l'égout » on peut n'avoir qu'une seule conduite commune pour toutes les eaux, ou une conduite séparée pour les matières de vidange. Les avantages et la critique du système complet ont été faits par Hering (*Med. Times*, 1887) dans son rapport sur le « sewage » en Europe, formant le supplément n° 1 du Bulletin de l'office sanitaire national. Il énumère tous les avantages du système complet le lavage des égouts par les eaux de pluie, la surveillance et le nettoyage plus faciles ; comme inconvénient, il y a l'inégale rapidité du courant, même dans les conduites à sections elliptiques et la largeur forcée du radier. L'avantage principal du système séparé, c'est que les matières de vidange sont enlevées régulièrement et séparément. Il n'est pas [illegible] de la rue. Ce système est applicable dans les petites villes et dans certaines dispositions locales ; il a été successivement adopté à Memphis à Newport, à New-Orléans. Il expose à un grand danger, c'est le reflux des matières, chose grave, si l'on réfléchit que les cabinets d'aisance ainsi engorgés sont souvent la cause de la propagation de la fièvre typhoïde. D'autre part, l'afflux brusque des eaux d'orage comprime l'air des égouts et détermine souvent un renversement de la colonne atmosphérique qui se répand dans les habitations malgré les trappes « dans le système complet », mais il est établi que cette atmosphère des égouts n'est point si dangereuse. Les égoutiers, les hommes de curage se portent généralement bien et vivent longtemps. Carnelly et Halldane ont trouvé que l'air des égouts larges, ventilés, contient moins de gaz nuisibles et de micro-organismes pathogènes que l'air même de la localité où siège l'égout, mais l'air des égouts ne peut rester sain qu'à la condition qu'il n'y ait pas de dépôts de matières en décomposition.

Philadelphie présente un exemple du système complet. Les recherches montrent que c'est le sud et le nord-est de la cité qui présentent les conditions d'établissement les plus fâcheuses, dues à la persistance des anciens systèmes, tant pour les privés que pour les eaux d'égouts. Beaucoup des conduites sont insuffisantes, les vieux égouts mal construits ne sont pas toujours étanches, mais, depuis 1885, l'office sanitaire de la cité s'occupe de la révision de tous ces points. Une série de décrets réglemente les trappes des water-closets qui doivent être parfaitement jointes, la construction des conduits d'écoulement et de toutes les conduites, de telle sorte que les fuites soient impossibles.

Philadelphie présente une surface plus étendue qu'aucune autre ville d'Amérique, [illegible] acres. Une partie de la ville comprise entre la Delaware et la Schuylkill envoie ses eaux à ces deux rivières. A Londres, des sommes énormes ont été dépensées pour obtenir un résultat moins satisfaisant en somme que celui qui existe chez nous ; par conséquent, il faut continuer des égouts à sections elliptiques, modifier les vieux égouts avant d'y employer partout où on le pourra le système de tout à l'égout et réserver le système à conduites séparées par les vieux égouts. *Philadelphia medical Times*, 15 mai 1888, p. 485.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 16 sept. 1888 au samedi 22 sept. 1888, les naissances ont été au nombre de 1161, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 4[illegible] ; illégitimes, 1[illegible]. Total, [illegible]. — *Sexe féminin*: légitimes, 107 ; illégitimes, 1[illegible]. Total, [illegible].

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2.2[illegible],910 habitants y compris 18.[illegible]80 militaires. Du dimanche 16 sept. 1888 au samedi 22 sept. 1888, les décès ont été au nombre de [illegible], savoir : 678 hommes et 38[illegible] femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 7, F. 6, T. 1[illegible]. — Variole : M. 1, F. [illegible], T. [illegible]. — Rougeole : M. 4, F. 3, T. 7. — Scarlatine : M. 0, F. 1, T. 1. — Coqueluche : M. 1, F. 5, T. 6. — Diphtérie, Croup : M. 5, F. 7, T. 12. — Choléra : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. [illegible], F. 73, T. 1[illegible]. — Autres tuberculoses : M. 1[illegible] F. [illegible], T. 1[illegible]. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. [illegible], T. [illegible]. — Tumeurs malignes : M. 15, F. 22, T. [illegible]. — Méningite simple : M. [illegible], F. [illegible], T. 35. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 1[illegible], F. 18, T. 37. — Paralysie : M. [illegible], F. [illegible], T. [illegible]. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 5, T. [illegible]. — Maladies organiques du cœur : M. 20, F. [illegible], T. [illegible]. — Bronchite aiguë : M. [illegible], F. 4, T. 9. — Bronchite chronique : M. [illegible], F. 13, T. [illegible]. — Broncho-Pneumonie : M. 11, F. 11, T. [illegible]. — Pneumonie : M. 15, F. 12, T. 27. — Gastro-entérite, biberon : M. [illegible], F. [illegible], T. [illegible]. — Gastro-entérite, sein : M. 17, F. 9, T. [illegible]. — [illegible] : M. [illegible], F. [illegible], T. [illegible]. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 5, T. 5. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. [illegible], T. [illegible]. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. [illegible], F. [illegible], T. [illegible]. — Sénilité : M. 13, F. [illegible], T. [illegible]. — Suicides : M. 1[illegible], F. [illegible], T. [illegible]. — Autres morts violentes : M. 13, F. 0, T. 13. — Autres causes de mort : M. 70, F. [illegible], T. 11[illegible]. — Causes restées inconnues : M. [illegible], F. 1, T. 8.

[illegible] : légitimes, [illegible] ; illégitimes, [illegible]. Total : [illegible]. — [illegible] : légitimes, 2[illegible] ; illégitimes, 1[illegible]. Total : 31.

[illegible] DE PARIS. — La [illegible] a [illegible] pour la [illegible].

FACULTÉS DE MÉDECINE ET ÉCOLES DE PHARMACIE. *Concours pour les bourses de Doctorat.* — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, au siége des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie le jeudi 25 octobre 1888. Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le lundi 15 octobre, à 4 heures. Sont admis à concourir. 1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878. Les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicale ; 2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire et qui justifient de leur assiduité aux exercices pratiques. Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie. 3° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note *bien* la première partie du deuxième examen probatoire. Les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie ; 4° Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note *bien* la seconde partie du deuxième examen probatoire. L'épreuve écrite portera sur la pathologie interne et externe. Les candidats pourvus des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint, qui ont subi chacun de ces examens avec la note *bien*, pourront obtenir sans concours une bourse première année. — *Concours pour les bourses de pharmacie.* L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de pharmacie aura lieu, au siége des écoles supérieures de pharmacie et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie le jeudi 25 octobre 1888. Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le lundi 15 octobre à 4 heures. Sont admis à concourir : 1° Les candidats pourvus de 4, 8 ou 12 inscriptions qui ont subi avec la note *bien* les examens de fin de première et de deuxième année et l'examen semestriel ; 2° Les pharmaciens de 1re classe aspirant au diplôme supérieur.

ECOLE DU VAL-DE-GRACE. — Le ministre de la guerre, accompagné du directeur du service de santé, Dr Dujardin-Beaumetz, de son chef de cabinet le général Brault, du Dr Viry et d'un officier d'ordonnance, a visité récemment l'Ecole et l'hôpital du Val-de-Grace, dont les honneurs lui ont été faits par le médecin inspecteur général Dilliot, les médecins inspecteurs Gaujot et Collin. Le directeur de l'Ecole, M. Gaujot, lui a présenté les professeurs et les agrégés, et il a passé en revue les stagiaires, après quoi il a parcouru les laboratoires et les salles de malades. Il s'est particulièrement enquis des travaux de bactériologie dans leurs applications aux analyses des eaux de boisson. On sait qu'une enquête sur l'eau de toutes les casernes est actuellement ouverte en France et en Algérie, et il a particulièrement félicité le Dr Vaillard qui s'occupe avec autorité de ces importantes recherches. M. de Freycinet a semblé satisfait de l'impulsion donnée aux études des jeunes médecins militaires, et il a promis de faire l'exécution des améliorations qui lui ont été proposées. (*Bull. méd.*)

ASILE PUBLIC D'ALIÉNÉES DE BORDEAUX. — *Concours pour la nomination à deux places d'interne en médecine à l'asile public d'aliénées de Bordeaux.* — Le 17 décembre 1888, à une heure précise, il sera ouvert, à la Faculté de médecine de Bordeaux, un concours pour la nomination à deux places d'interne en médecine à l'asile public d'aliénées. Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à l'Asile, 145, cours Saint-Jean, bureau de la direction, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de une heure à quatre heures, du 1er décembre au 15 inclusivement. Pourront concourir à l'internat en médecine à l'asile d'aliénées de Bordeaux tous les étudiants en médecine pourvus de *douze inscriptions* et âgés de moins de 30 ans révolus le jour de l'ouverture du concours. Chaque candidat, pour être inscrit au concours, devra produire les pièces ci-après : 1° Un certificat constatant qu'il est pourvu de douze inscriptions en médecine ; 2° Un certificat de bonne vie et mœurs. Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par l'affiche pour la clôture de la liste ne sera pas accueillie. — Les épreuves du concours sont réglées comme il suit : 1° *Epreuve d'admissibilité.* Une épreuve écrite sur un sujet d'anatomie et de physiologie. Un délai de trois heures sera accordé pour la rédaction de cette composition. 2° *Epreuve définitive.* Une épreuve orale de quinze minutes sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe, après un quart d'heure de préparation. Le maximum des points à accorder pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit : pour l'épreuve écrite, 30 points ; pour l'épreuve orale, 20 points. Le sujet de l'épreuve écrite est le même pour tous les candidats. Il est tiré au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées avant l'ouverture de la séance par le jury. Pour l'épreuve orale, la question est tirée au sort entre les questions rédigées et arrêtées par le jury avant l'ouverture de la séance. Les noms des candidats qui doivent subir l'épreuve orale sont tirés au sort à l'ouverture de la séance. Le jugement définitif porte sur l'ensemble des épreuves écrite et orale. Les deux premiers reçus au concours seront nommés, par le Préfet, internes à l'asile d'aliénées. — Les deux qui suivront seront nommés internes provisoires et, à ce titre, pourront être appelés à suppléer les internes titulaires en cas d'absence ou d'empêchements. L'interne provisoire reçoit le traitement et les avantages de l'interne titulaire chaque fois qu'il est appelé à le remplacer. La durée des fonctions des internes titulaires est de trois ans, celle des fonctions d'interne provisoire d'un an, mais avec faculté de prolongation, sans toutefois que cette prolongation puisse dépasser trois années. Les internes titulaires reçoivent, outre le logement, le chauffage, l'éclairage, le blanchissage et la nourriture, dans les proportions déterminées par le règlement, un traitement de 600 francs la première année, 700 francs la deuxième et 800 francs les années suivantes. Tout interne titulaire peut se faire recevoir docteur en médecine pendant la durée de son internat, sans être forcé de renoncer à ses fonctions. Le temps passé dans l'Asile par les internes comptera comme durée de stage hospitalier.

BUSTE DE ROBIN. — Dimanche dernier a eu lieu, à Bourg-en-Bresse, l'inauguration du buste du professeur Robin. Sur le piédestal, on lit : « A Charles Robin, membre de l'Institut, sénateur de l'Ain. » Le gouvernement s'était fait représenter à cette cérémonie par M. Deluns-Montaud, ministre des travaux publics, qui a rappelé la vie de Robin comme républicain et comme philosophe ; le ministère de l'instruction publique avait délégué M. Pouchet, professeur au Muséum, et ce dernier a parlé du savant; enfin M. Sappey, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris, a montré comment Robin avait été le créateur de l'histologie en France.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — *Légion d'honneur* : M. le Dr GUINDEY (d'Evreux) est nommé chevalier.

EPIDÉMIES. — On signale la diminution de la pellagre en Italie. — L'épidémie de fièvre jaune de la Floride tend au contraire à augmenter. On signale l'apparition de la maladie dans des villes non infectées jusqu'ici, par exemple la Nouvelle-Orléans. — Une épidémie de [illegible] règne depuis quelque temps à Dax. On va prendre toutes les mesures pour empêcher la propagation de la maladie.

ETABLISSEMENT ORTHOPÉDIQUE. — Un important établissement orthopédique va être prochainement installé à Arcachon sous la direction de MM. les Drs Lalesque et Hameau.

L'ACIDE BENZOÏQUE COMME ALIMENT. — Récemment, le comité consultatif d'hygiène publique de France a approuvé les conclusions d'un rapport de M. Gabriel Pouchet contre l'emploi de l'acide benzoïque pour la conservation des substances alimentaires. Ce produit ayant des propriétés antiseptiques manifestes, il n'est pas indifférent de l'ajouter aux substances alimentaires, car l'évolution normale des fermentations digestives peut être ainsi troublée.

L'ANESTHÉSIE EN OBSTÉTRIQUE. — M. Hugues Leroux, écrivain de renom, vient de publier dans le *Temps* un article curieux intitulé : — *La question de l'Economie de la douleur ; un problème de médecine et de morale générale*, etc., etc. Nous ne retiendrons que l'une des questions qu'il soulève, les autres ne méritant pas d'attirer l'attention d'un médecin. Aussi bien paraîtra-il [illegible] qu'on ait pu discuter comme lui, fort gravement, [illegible] proposition : *Une femme a-t-elle le droit de recourir au chloroforme pour éviter les douleurs de l'accouchement ?* Mais nous tenons à le faire connaître. Est-il possible qu'en plein dix-neuvième siècle, des gens d'esprit se plaisent à discourir sur de pareilles [illegible], [illegible] sur de semblables [illegible] le consensus ? Il est vrai qu'il n'y a pas de loi sur la presse scientifique. Or, diable, la religion va-t-elle se mêler, sous prétexte que la [illegible] : Tu enfanteras dans la douleur. « Une femme a, paraît-il, trouvé la réponse juste. Il y a un homme, un seul, qui a [illegible] .... et il s'est fait endormir, et par la main de Dieu comme l'Œuvre Adam, à qui une côte fut ôtée. » M. Leroux en [illegible] fait autant. (M. B.).

LES MALADES DES HOPITAUX AUX EAUX MINÉRALES. — Les hôpitaux de Bordeaux viennent d'envoyer aux thermes de Dax, qui possèdent des eaux analogues à celles de Salies de Béarn, un certain nombre d'enfants. Pour les recevoir, on a construit un pavillon [illegible]. L'inauguration de ce pavillon [illegible].

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — M. Louis WICKHAM, interne des hôpitaux, est chargé d'une mission scientifique à l'effet d'étudier l'organisation [illegible] en Angleterre. M. le Dr P. GIBIER est chargé d'une mission, à l'effet d'étudier la fièvre jaune aux Etats-Unis et particulièrement en Floride.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle,

en date du 20 septembre 1888, M. le médecin-inspecteur général Colin est relevé de ses fonctions de directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris, et nommé président du comité technique de santé, en remplacement de M. le médecin-inspecteur général Didiot, admis dans la section de réserve ; M. le médecin-inspecteur Baudouin, membre des comités techniques de santé et de l'intendance, est nommé, tout en conservant ses fonctions actuelles, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris ; M. le médecin-inspecteur Papillon est nommé directeur du service de santé du 15e corps d'armée, à Marseille, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Paulet, retraité.

SUICIDE D'UN CHIEN. — Dans le dernier numéro du *Progrès* a paru une note concernant le suicide d'un chien. Il s'est produit à Naugeat (Haute-Vienne), nous écrit M. le Dr Faucher, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de cette ville, un fait analogue l'année dernière. M. B..., notaire à Vayres (Haute-Vienne), avait reçu de Limoges depuis un mois un chien Setter-Gardon, âgé d'environ deux ans. Un jour ce chien, qui était affecté d'une névrose convulsive à crises très rares, sortit seul de la maison et se rendit à deux kilomètres en suivant une route : là il se jeta dans l'écluse d'un moulin. Le meunier voyant ce bel animal prêt à périr le retira de l'eau et le chassa, pensant qu'il reviendrait chez son maître. Mais il n'en fut point ainsi, car à deux cents mètres plus loin, le malheureux se noya dans un tout petit cours d'eau et fut trouvé le lendemain sous le pont. Lorsque le meunier nous eut raconté ce qui s'était passé nous n'hésitames pas à penser que le pauvre animal non seulement s'était suicidé, mais encore qu'il avait déployé dans l'accomplissement de cet acte une grande force de volonté. Doit-on attribuer sa funeste détermination au chagrin d'avoir quitté le lieu de sa naissance ou à une sorte d'impulsion irrésistible occasionnée par sa névrose? On ne saurait le dire.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, un concours s'ouvrira, le 5 avril 1889, à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen.

CRÉMATION EN AUTRICHE-HONGRIE. — Les partisans de la crémation des morts ont tenu, le 23 septembre, un congrès à Vienne. Des sociétés de Berlin, de Chemnitz, de Darmstadt, de Francfort, de Heidelberg, de Zurich, etc., avaient envoyé des délégues. Le congrès a discuté surtout la question des rapports des assurances pour la vie avec les sociétés pour la crémation des morts, un certain nombre d'assurances ayant fait difficulté de payer la rente obligatoire aux survivants des morts incinérés, sous prétexte que l'incinération pouvait être ordonnée et exécutée trop vite. La seconde question traitée a été la question du tarif du transport des cadavres dans les villes où se trouve un four crématoire. Le congrès a décidé qu'on demanderait aux gouvernements de l'Autriche et de l'Allemagne l'abaissement des tarifs. Il parait résulter des impressions échangées par les délégues que la question générale de la crémation des morts n'a pas fait grand progrès pendant l'année 1887. La Hesse est le seul pays de langue allemande où les habitants marquent une tendance à se familiariser avec le procédé ; encore cette tendance ne se remarque-t-elle que dans les classes instruites de la population. (*Temps.*)

UN MARCHÉ DE PIÈCES ANATOMIQUES. — Une enquête relative au meurtre d'une femme qui, dans une ville d'Angleterre, fut, trouvée éventrée, a permis de faire cette constatation que les entrailles de la victimes avaient été enlevées par une main manifestement exercée aux pratiques anatomiques; la justice anglaise est d'avis que l'assassin n'est nullement un fou, mais un homme qui a tué simplement pour s'emparer des organes disparus et les vendre. On a été conduit à cette indication étrange par la connaissance d'un fait également des plus singuliers. Il existerait, parait-il, un marché pour la vente des organes abdominaux féminins. Le sous-directeur d'un musée de pathologie anglais a fait savoir qu'il y a quelques mois un Américain était venu le trouver et l'avait prié de lui procurer un certain nombre des organes en question ; il offrait de les payer 500 francs. Son but était de pouvoir livrer ces pièces anatomiques préparées dans de la glycérine, en supplément de chaque exemplaire d'un ouvrage medical, qu'il allait publier en Amérique. Cette requête extraordinaire fut naturellement rejetée, mais elle aurait été, depuis renouvelée près d'un autre institut d'anatomie. (*Temps.*)

NÉCROLOGIE. — M. P. GRIEN, chimiste anglais, décédé à Bournemouth. — M. MAILHO (de Bordeaux), pharmacien, décédé le 11 septembre, à Flairac. Il était né à Couras, en 1822 ; il fut président de la Société de médecine et de pharmacie de Bordeaux et a légué une partie de sa bibliothèque à cette Société.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B BAILLIERE et fils, 19, rue Hautefeuille.

COSTE DE LAGRAVE. — Hypnotisme. Etats intermédiaires entre le sommeil et la veille. Vol. in-16 de 160 pages. — Prix. . . 2 fr.

Librairie F.-A. DAVIS. Philadelphia and London.

ANNUAL OF THE UNIVERSAL MEDICAL SCIENCES : a Yearly report of the progress of the general sanitary sciences throughout the World by Ch. E. SAJOUS, M. D. and Seventy Associate editors, assisted by over two hundred corresponding editors, collaborators, and correspondents. 5 volumes in-8° cartonnés. Illustred with chromo-lithographs, ingravings and maps : — *Tome I.* Diseases of Brain and spinal cord ; Diseases of peripheral nervous system ; Diseases of heart and pericardium ; Fevers ; Diseases of mouth, stomach, pancreas and liver ; Diseases of intestines and peritoneum ; Intestinal and other parasites ; Diseases of blood and spleen ; Rheumatism and gout ; Diabetes and diseases suprarenal capsules ; Diseases of Kidneys and bladder ; Urinalysis, chyluria, etc.; Mental diseases. Volume in-8° de 541 pages ; — *Tome II.* Surgery of Brain and nerves ; Surgery of abdomen ; Diseases of rectum and anus ; Genito-urinary surgery ; Diseases and injuries of arteries and veins ; Fractures, Dislocations and sprains ; Diseases of bones and joints, amputations, excisions, etc.; Gunschot and punctured wounds ; Surgical tuberculosis, abscess, etc.; Diseases of the skin; Tumors; Venereal diseases ; Surgical diseases; Anœsthetics ; Surgical diagnosis. Volume in-8° 550 pages ; — *Tome III :* Diseases of the Eye ; Diseases of the ear ; Diseases of the nose and accessory cavities ; Diseases of the pharynx, Trachea and Asophagus; Diseases of the thyroid gland ; Diseases of lungs and pleura in adults ; Inebriety, Morphinism, and kindred diseases ; Oral surgery ; Dental pathology and therapeutics ; Prosthetic dendistry and orthodontia ; ; Surgical dressings ; Chiropodistry. Volume in-8° of 563 pages ; — *Tome IV :* Diseases of the uterus ; Menstruation and its disorders ; Diseases of ovaries and tubes ; Diseases of vagina and external genito-urinary organs ; Diseases of Pregnancy ; Obstetrics ; Puerperal diseases ; Dietetics of infancy and childhood ; Orthopœdid surgery : General therapeutics ; Experimental therapeutics. Volume in-8° of 548 pages ; — *Tome V* : Climatology and balneology ; Electro-terapeutics ; Medical chemistry and toxicology ; Legal medicine ; Demography ; Hygiene ; Disposal of the dead , Anatomy of the Brain ; General anatomy ; Physiology ; Gronth and age ; Technology ; Histology ; Embryology, Anomalies, etc.; Dental histology ; General pathology General index. Volume in-8° of 566 pages.

BORLÉE (M.). — Observations cliniques relatives à la contusion du cerveau. Brochure in-8° de 13 pages. — Ixelles-Bruxelles. 1888. — Imprimerie J. Viscle.

CURRIE (A.-S.). — Against scepticism in regard to medical treatment an address delivered to the Gloucestershire branch of the British medical association. Brochure in-8° de 8 pages. — Gloucester. — J. Bellows.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VIII. N° 40 BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 6 OCTOBRE 1888.

Le Progrès Médical

REVUE CRITIQUE

Typhlite et Pérityphlite;

par **A. RAOULT**, interne des hôpitaux.

Depuis plusieurs années, de nombreuses observations ont été publiées sur la typhlite et la pérityphlite, et, par suite de la marche différente de la maladie dans ces différents cas, les auteurs ont exposé de nouvelles formes, contredisant souvent les descriptions faites auparavant. Il en résulte une énumération de faits fort buissonneuse et qui semble au premier abord inextricable. Nous essaierons de classer ces divers genres de lésions, craignant toutefois de laisser quelques points obscurs.

On peut tout d'abord considérer dans la typhlite et la pérityphlite trois facteurs, dont l'inflammation peut se combiner, soit pour deux d'entre eux, soit pour tous les trois à la fois; ce sont: 1° le cœcum et l'appendice; 2° le tissu cellulaire environnant ces organes; 3° le péritoine qui les enveloppe. Certains auteurs ont tenté, comme nous le verrons, depuis plusieurs années, de faire d'après ces diverses combinaisons de l'inflammation, des formes différentes. On a néanmoins encore continué à garder les termes qui servent de titre à cette étude, en raison de l'obscurité des lésions et de la difficulté du diagnostic de celles-ci. Les deux affections sont unies étroitement, et nous les comprendrons dans une même étude, sauf à exposer en passant les points qui peuvent être propres à l'une ou à l'autre.

Le nom de typhlite a été donné par Albers de Bonn (1838), l'affection avait déjà été mentionnée par Dance, Husson, Dupuytren, confondue par Grisolle avec les phlegmons iliaques (1839). Elle n'a commencé à être bien distinguée que depuis les travaux de Blatin (1868), de Barré (1873), de Paulier, Leudet, Duguet, Balzer, les leçons de Lasègue. Son histoire a été complétée par Bucquoy, Dautel (thèse 1883) et par de nombreuses études faites en France, en Angleterre et en Amérique.

Etiologie. — En général, la typhlite est rare chez le vieillard; on la rencontre le plus souvent avant trente ans, et surtout chez les adolescents; elle est aussi bien plus fréquente parmi les garçons que les filles (Bamberger). D'après Vickery (1), on trouve dans les statistiques quatre fois plus d'hommes que de femmes, et les trois quarts sont âgés de moins de 30 ans.

D'autre part, la vie sédentaire, le rhumatisme (Dautel), la constipation habituelle, l'abus des purgatifs, les affections antérieures ayant porté sur le gros intestin (fièvre typhoïde, dysenterie, choléra sont des causes prédisposantes, qui agissent en diminuant la résistance des parois intestinales. Enfin, on a signalé une sorte de parésie primitive des parois du cœcum, dont les fibres musculaires ne se contracteraient plus suffisamment pour expulser les matières fécales.

Les vraies causes déterminantes sont: 1° La *rétention des matières fécales,* soit dans le cœcum lui-même, soit dans son appendice. Le plus souvent, ces matières fécales se durcissent, surtout dans l'appendice. Normalement, des débris de fèces pourraient pénétrer dans cet organe,

(1) *Boston med. and surg. Journ.*, 12 janvier 1888.

mais en seraient expulsées par les contractions de ses parois. Mais, si celles-ci ont perdu leur puissance contractile, ces débris restent dans l'appendice et souvent s'entourent de sels de phosphate de chaux et deviennent de véritables calculs, des corps étrangers (1). 2° *Les corps étrangers*, en dehors de ces derniers, à savoir divers corps ingérés: épingles, aiguilles, plombs, noyaux de fruits, graines, haricots (2); des vers intestinaux, etc. peuvent encore par leur présence dans le cœcum ou son appendice être une cause d'inflammation. 3° Le froid a été incriminé surtout comme cause de la pérityphlite primitive (3) par MM. Bucquoy et Dautel. 4° La *tuberculose* peut atteindre le cœcum, soit chez un individu déjà tuberculeux par la voie des crachats avalés, soit primitivement par l'ingestion du lait ou de toute autre substance alimentaire, surtout chez l'enfant. Il est à remarquer que cette infection tuberculeuse du cœcum se fait surtout pendant la convalescence de la fièvre typhoïde. 5° La *sténose de l'orifice* de l'appendice ne contribuerait pas peu par la rétention des scybales dans l'intérieur de cet organe, à être une cause d'inflammation de ses parois. 6° Les ulcérations de la fièvre typhoïde, de la dysenterie, les ulcérations folliculeuses. 7° La présence d'un *cancer du cœcum* (4) ou de son appendice peuvent engendrer la suppuration des tissus voisins, d'où pérityphlite 8° Enfin, les abcès de la fosse iliaque ou ceux venant du rein, du foie, développant par propagation des abcès péricœcaux, peuvent produire de la typhlite par une marche inverse à celle ordinairement observée.

Pour la description que nous avons à faire, nous pouvons considérer sous le terme général de *typhlite et pérityphlite stercorales*, toutes les inflammations qui n'ont pas pour causes: la tuberculose, le cancer ou un abcès voisin. Cette typhlite stercorale sera donc étudiée dans les chapitres suivants, nous examinerons séparément les caractères des autres.

Anatomie pathologique.— 1° *Cœcum.* Les premiers stades de l'inflammation du cœcum sont mal connus, on mentionne la congestion de la muqueuse qui se tuméfie et le gonflement des tissus sous-muqueux. D'après M. J. Besnier (5), cette inflammation du tissu sous-muqueux peut prendre la forme *phlegmoneuse.* Il y a sphacèle du tissu conjonctif et de la muqueuse. Cette forme peut se terminer, soit par suppuration et *gangrène* du cœcum, soit par *élimination* de la muqueuse sphacélée dans les garde-robes et guérison, soit par ulcération et *perforation* des parois. Les ulcérations peuvent siéger au niveau des follicules clos, ou envahir une étendue plus ou moins grande de la muqueuse. Les perforations siègent le plus souvent en arrière, puis en avant.

(1) H. H. Smith. *The journ. of american medical Association*, 9 juin 1888. p. 707.
(2) Polaillon. *Union méd.*, 8 janvier 1884, p. 14.
(3) Bucquoy. *Union méd.*, 1er et 6 mai 1883. — Dautel. Thèse de Paris, 1883.
(4) D. S. Bristowe. *Med. Times and Gaz.*, 4 juillet 1885.
(5) J. Besnier. *Typhlite stercorale et typhlo-péritonite à début péritonéal.* Steinheil, éditeur, 1888. Extrait de la *Revue des maladies de l'Enfance*, février, avril et mai 1888.

2° *Appendice.* — C'est l'appendice vermiculaire qui est le plus souvent atteint dans la typhlite. Aussi, les Américains font-ils une forme spéciale de son inflammation: l'*appendicite.* M. Talamon a proposé le nom d'*iléo-typhlite.* Les lésions de l'organe sont mieux connues depuis que la laparatomie a été pratiquée pour opérer l'ablation de l'appendice malade (1). On a constaté la congestion de ses parois qui s'infiltrent de pus, ces lésions aboutissant: soit à la nécrose des parois avec *ulcération* et *perforation* ; soit à la *résolution* ; soit à l'*inflammation chronique* de la muqueuse, avec constriction de sa partie supérieure et dilatation de la partie inférieure, qui forme un kyste rempli de mucus et de matière séreuse ; soit enfin à la *gangrène* comme dans les cas de Talamon (2), de de Gennes (3), et de Blanc (4).

Dans ces cas de gangrène, l'appendice peut ne pas présenter d'ulcération (Blanc) ou en être le siège (Talamon), ou enfin être perdu au milieu des tissus voisins suppurés et sphacélés (de Gennes).

Les *perforations* siègent souvent à la face externe ou à la partie postérieure de l'appendice. Elles sont fréquemment au sommet d'une sorte de bourgeon ou d'ampoule (5). Leurs bords sont plus ou moins arrondis ou déchiquetés; leur nombre est variable. Tandis que dans certains cas on ne rencontre qu'une perforation unique; dans d'autres, elles sont au nombre de 2 à 3. Ces perforations font communiquer la surface interne du cœcum avec la cavité purulente qui l'entoure. Si l'ouverture s'est faite de dehors en dedans, d'après Dupuytren et Grisolle, les tuniques intestinales décollées peuvent former une valvule permettant à l'abcès de se vider dans l'intestin, mais s'opposant au passage des matières fécales dans le foyer. En même temps que les perforations, il y a congestion et tuméfaction des parois de l'appendice, qui devient violacé, infiltré de pus et dilaté.

Quelle est la *pathogénie* de l'inflammation et des ulcérations de l'appendice ? La plupart des auteurs admettent qu'elles sont dues à l'irritation locale purement mécanique causée par la présence des matières fécales qui compriment des parois. Pour d'autres, l'inflammation est simplement la suite de troubles digestifs. Enfin, d'après Talamon, tout au moins dans la forme aiguë perforante qu'il a décrite, il faut faire intervenir quatre causes : 1° L'obstruction du canal de l'appendice par les scybales; 2° La compression de la paroi gênant la circulation dans ses vaisseaux; 3° L'oblitération de l'orifice supérieur déterminant la distension de l'appendice; 4° La culture des bactéries si nombreuses dans le tube digestif, dans le mucus remplissant cette sorte de kyste et engendrant les lésions destructives, surtout en raison de la résistance moindre des parois où la circulation se fait mal.

3° *Péritoine et tissu cellulaire péricœcal.* — Le péritoine s'enflamme même sans qu'il y ait perforation autour du cœcum ou de l'appendice malades (*paratyphlite* ou *péritonite localisée*), et si la perforation existe, le plus souvent toute la cavité péritonéale se prend (*péritonite généralisée*). La *paratyphlite* peut compliquer seule la typhlite ou s'accompagner d'inflammation du tissu cellulaire péricœcal, de *pérityphlite.* Elle peut exister seule comme dans le cas de M. J. Besnier, où on a reconnu pendant la laparotomie que le péritoine seul était enflammé autour du cœcum, sans formation d'abcès; il a donné à cette forme le nom de *typhlo-péritonite primitive* (1). Pour lui, cette inflammation péritonéale apparaissant dès le début des accidents du côté du cœcum est le caractère de la typhlite des adolescents, à laquelle Bucquoy et Dautel ont donné le nom de pérityphlite primitive. Cette inflammation péritonéale pourrait toutefois consécutivement s'accompagner de phlegmon par propagation au tissu cellulaire voisin.

Ces idées du Dr J. Besnier sont partagées par M. Fitz (2) à propos de l'inflammation se développant autour de l'appendice malade. D'après l'examen fait de 10 cas de mort pendant la première semaine et de plusieurs cas examinés pendant la laparotomie, pendant le même laps de temps, cet auteur établit que : dans les cas mortels, pendant la première semaine, on ne trouve que de la péritonite localisée ou généralisée, et qu'il n'y a d'abcès nettement formé qu'après la perforation ou la gangrène de l'appendice. Cet abcès n'est même d'abord qu'intra-péritonéal, et ce ne serait qu'après la première semaine, qu'il pourrait se propager au tissu cellulaire péricœcal et périappendiculaire pour produire ainsi la pérityphlite proprement dite. Le cas de de Gennes semble donner raison à cette théorie. Dans ce cas il n'y avait pas de pus collecté (3).

Le *péritoine* s'enflamme donc primitivement avant que toute perforation ait lieu. Il se produit à son niveau un travail phlegmasique à évolution lente avec formation de fausses membranes qui s'organisent, d'où adhérences plus ou moins solides pouvant résister à la diffusion du pus. Cette péritonite partielle siège à la face antérieure du cœcum, elle peut s'étendre et devenir généralisée. Alors on trouve à l'autopsie les anses intestinales agglutinées par des fausses membranes, qui recouvrent aussi le foie et les autres viscères abdominaux. Lorsque la perforation a eu lieu et que le pus s'est diffusé dans le péritoine, on trouve dans celui-ci du pus fétide et sanieux.

D'après la plupart des auteurs, le *tissu cellulaire* rétro-cœcal est presque toujours enflammé lorsqu'il y a lésion du cœcum ou de l'appendice. On a même dit qu'il y avait toujours pérityphlite accompagnant la typhlite. D'après Bucquoy et Dautel, cette pérityphlite peut être primitive sans qu'il y ait de grands troubles du côté du cœcum. Ce tissu s'enflamme, peut s'infiltrer de pus qui peut se collecter et aboutir à un abcès. Celui-ci peut s'ouvrir dans le cœcum, le péritoine ou devenir un abcès iliaque faisant irruption dans la vessie, le rectum, le vagin, ou à la région inguinale, se faisant jour au dehors, ou enfin remonter vers le rein (action périnéphrique) ou le foie. On peut voir même l'affection se compliquer d'abcès du foie (de Gennes).

Lésions tuberculeuses. — Elles se manifestent par la présence de granulations du cœcum. Dans le cas de M. Duguet (4) le cœcum formait une tumeur rouge vif,

(1) Mac Fadden Gaston. *Med. and surg. reporter*, Philadelphie, 12 mai 1888. — H. H. Smith. *Journ. of med. Association*, 9 juin 1888.

(2) Talamon. *Typhlite aiguë perforante* ; in *Progrès médical*, 16 décembre 1882.

(3) De Gennes. *Pérityphlite gangréneuse* ; in *Progrès médical*, 1883. p. 747.

(4) Ed. Blanc. *Péritonite septique par gangrène de l'appendice iléo-cœcal* ; in *Lyon médical*, 5 décembre 1886.

(5) Voir *Maladie de Gambetta* ; in *Progrès médical*, 1883, p. 76 et suivantes.

(1) J. Besnier. *Loc. cit.*

(2) Dr Reginald H. Fitz (Boston). *Relation entre l'inflammation et la perforation de l'appendice vermiculaire et l'abcès de la pérityphite*; in *New York med. journ.*, 12 mai 1888.

(3) Pour Fitz : Typhlite, pérityphlite, tumeur, abcès pérityphlitique, signifient inflammation de l'appendice à diverses périodes.

(4) Duguet. *Gazette médicale*, 1870.

recouverte de péritoine dépoli avec exsudat fibrineux. La muqueuse était boursouflée, rouge-vineux, couverte d'ulcérations et de granulations. Entre elle et la couche musculaire existait une suppuration phlegmoneuse; l'appendice était aussi tuberculisé. Dans un cas de Demange (Legroux) la pérityphlite s'était ouverte au niveau de l'épine iliaque, et le malade était mort de phthisie aiguë; il y avait des tubercules nombreux dans la région cœcale et péricœcale et une ulcération dans le cœcum. La perforation est plus rare que dans les autres lésions du cœcum, la péritonite ayant pu opposer une barrière. D'après Klebs, Corbin, Rintel, des ulcérations du cœcum ont paru se cicatriser (Legroux) (1). Il est probable que bien des cas de typhlite et d'appendicite tuberculeuses ont été passées sous silence et confondues dans la forme stercorale. On peut en effet admettre que ces lésions puissent se produire en un point où existe de la rétention fécale et où peuvent stationner des produits tuberculeux; et enfin cette tuberculose peut revêtir des caractères aigus, produire la gangrène, etc. Le cœcum peut, d'après M. le Dr Grancher, être la porte d'entrée de la tuberculose chez les enfants, et ses lésions peuvent entraîner la péritonite tuberculeuse.

Symptômes. — Nous avons vu combien il est difficile de savoir où s'arrête la typhlite simple et où commence la pérityphlite; nous ferons donc une description d'ensemble pour les symptômes, en donnant les formes spéciales.

Ordinairement, l'affection est précédée de quelques prodromes: anorexie, phénomènes de diarrhée alternant avec la constipation; puis les signes caractéristiques apparaissent subitement, ou s'accusent peu à peu. La *douleur* siége dans la fosse iliaque droite; elle est spontanée, exagérée par la pression, s'irradie vers la cuisse ou les lombes, caractérisée par un engourdissement ou une douleur lancinante, revenant souvent par accès spontanés ou provoqués par les mouvements. Le ventre est souvent ballonné, distendu par les gaz; vers le troisième jour environ apparait une *tuméfaction* dans la fosse iliaque droite; elle est arrondie, quelquefois en forme de boudin, plus ou moins allongée, dure, rénitente. Le toucher rectal fait sentir nettement cette tumeur. Dans la région iliaque, on trouve une sonorité souvent exagérée, avec un point de matité, là où siège la tumeur. Un empâtement plus ou moins étendu dénote de la pérityphlite. En même temps, on constate la *constipation*, rarement de la diarrhée dysentériforme (Albers) des *nausées*, des *vomissements* bilieux, muqueux, alimentaires, parfois fécaloïdes, de la soif vive, de l'inappétence avec état saburral. On a constaté encore quelques signes concomitants: de la douleur pénienne (Tiffany), de l'augmentation de la miction, la rétraction du testicule droit.

La température dans la typhlite simple ne dépasse pas 39°. Elle s'exagère s'il y a des phénomènes de pérityphlite. La marche diffère suivant les cas, et aboutit soit à la résolution, ou à la pérityphlite par propagation ou perforation, ou passe à l'état chronique.

1° *Typhlite proprement dite.* Elle peut présenter une *forme aiguë* à début subit, violent, avec fièvre, frissons ou frissonnements répétés. Souvent la douleur iliaque apparait la première, vive, intense, avec constipation, vomissements, tumeur iliaque. Le malade est couché sur le dos, la cuisse droite dans la flexion, afin de relâcher les muscles. Après 4 à 15 jours, la maladie se termine soit par résolution avec diminution graduelle de la fièvre, de la douleur et de la constipation, affaissement de la tumeur; la région redevient souple, et la guérison se produit. Ou bien par pérityphlite et suppuration, ou par passage à l'état chronique.

La *forme subaiguë* est précédée de prodromes (constipation, troubles digestifs). Les symptômes sont les mêmes, mais moins accentués que plus haut. Au bout de 8 à 10 jours, tout rentre dans l'ordre, mais les rechutes sont possibles.

La *forme chronique* présente une longue durée (6 à 8 mois et plus) avec retour de poussées aiguës au moindre écart de régime. Les malades ont une douleur, une pesanteur incessante dans la fosse iliaque, accompagnée de constipation. La région reste empâtée, le colon transverse et l'S iliaque sont souvent tympanisés (Legroux) douloureux, dilatés avec irradiations possibles de la douleur dans la fosse iliaque gauche, ce qui est une cause d'erreur. « Enfin, à moins qu'une pérityphlite suppurée n'apparaisse, ou qu'une occlusion intestinale ne se produise, ils finissent par guérir complètement avec tendance à la constipation qui exige des précautions. »

La *forme tuberculeuse chronique* peut se présenter chez un tuberculeux déjà avancé; il ressent dans la fosse iliaque des douleurs sourdes, s'exagérant trois à quatre heures après le repas. L'abdomen est ballonné ou rétracté, et l'on sent une légère bosselure dans la fosse iliaque droite « peu mobile, facile à isoler, de surface inégale, puis une tumeur allongée, mate ou très sonore, parfois même on sent une crépitation gazeuse, s'il y perforation cœcale (cas de Lasègue). Les selles sont rares ou fréquentes, liquides, peu abondantes, parfois hémorrhagiques; les vomissements fréquents quand le péritoine est envahi largement. Cette forme est mortelle, soit par l'hecticité, le marasme, soit par hémorrhagie, péritonite aiguë ou granulée. » (Legroux). Nous avons vu que d'autres fois cette tuberculose peut être primitive, revêtir la forme chronique ou aiguë; et souvent ses symptômes disparaissent derrière ceux de la péritonite tuberculeuse concomitante. Dans la *fièvre typhoïde*, le cœcum peut s'enflammer autour des plaques de Peyer malades ou ulcérées. Dans ce cas, on ne trouve pas de tuméfaction limitée, la région est empâtée, le malade présente de la diarrhée dès le début. La perforation est fréquente, avec péritonite rapide et mort en quelques heures.

2° *Appendicite.* Les symptômes de cette affection, au début, avant que toute inflammation du tissu conjonctif voisin se soit manifestée, ressemblent en général à ceux de la typhlite, à part quelques exceptions. Souvent les coliques reviennent par accès; elles sont très violentes et s'irradient vers l'ombilic. La constipation est de règle, parfois avec des débâcles qui sont le signal d'un moment d'amélioration, tous les signes se manifestent de nouveau au bout de quelques jours, avec plusieurs alternatives semblables. Le tympanisme est souvent considérable, et il est fort difficile de percevoir une tumeur dans la fosse iliaque. Le toucher rectal fait sentir une tuméfaction dans cette région, ou souvent en arrière du rectum (Sonds). Elle peut se terminer par résolution et expulsion du calcul ou du corps étranger dans les selles, comme dans le cas de Goldschmidh (1).

Dans le cas de *forme aiguë perforante* de Talamon,

(1) Legroux. *Cours de la Faculté*, 1881-82.

(1) Goldschmidt. *Revue de médecine*, 10 juin 1886.

le malade, pris brusquement de douleurs, de vomissements, se présenta au bout de 6 jours avec un facies grippé abdominal, des vomissements porracés, de la tension de la paroi abdominale, une température oscillant entre 38°,6 et 40°, de la diminution des urines, qui étaient albumineuses. Le 7[e] jour, il s'affaiblit progressivement, le pouls devint extrêmement petit, et le malade mourut dans le collapsus avec des signes de perforation et de péritonite généralisée. Parfois la mort (Pepper (1) survient dans l'espace de 2 à 3 jours, de 48 heures (Morton). D'après Pepper, les vomissements sont rares, on ne trouve pas de tumeur, mais seulement une ampliation dans la fosse iliaque, décelée par le toucher rectal. Les mictions sont fréquentes.

La marche peut être chronique, à *répétition récidivante* pouvant toutefois, au bout d'un temps plus ou moins long, se terminer par perforation et péritonite généralisée, à la suite d'une crise violente. Dans d'autres cas, le pus se collecte, et on est en face d'une pérityphlite avec tous ses caractères.

L'inflammation de l'appendice peut être latente et l'organe se perforer subitement dans un effort violent comme dans l'observation de Polaillon (2). Enfin, dans certains cas, l'appendicite a pu se présenter avec des signes d'étranglement interne (Chaput (3), Polaillon.)

(*A suivre.*).

TÉRATOLOGIE

Enfant mâle à terme.— Céphalématome frontal. — Bec-de lièvre unilatéral complet. — Hémimélie thoracique droite. Hérédité.

Par M. le D[r] MABARET DU BASTY de St-Leonard Haute-Vienne .

Le 25 mars 1888, je fus appelé à visiter un enfant mâle, né la veille, à terme. Il présentait les monstruosités suivantes : Céphalématome frontal gauche; — Bec-de-lièvre unilatéral complet; — Hémimélie thoracique droite.

1° *Céphalématome.* — Il occupe la région orbitaire gauche du frontal. Volume d'un gros œuf de poule, mou et fluctuant, coloration normale de la peau. A la base, bourrelet osseux circulaire de cinq centimètres de diamètre, haut de un centimètre et demi environ. La partie gauche du frontal paraît avoir subi un mouvement d'abaissement et de projection en avant. Par suite, la fontanelle antérieure, inclinée obliquement de droite à gauche, se trouve au milieu du front. En soulevant la tumeur, on voit, à la partie inférieure de sa base, une fente longitudinale, longue de deux centimètres, formée par les paupières qu'il est impossible d'écarter assez pour apercevoir l'œil, qui semble ne pas exister.

2° *Bec-de-lièvre.* — Unilatéral gauche complet (gueule-de-loup). La lèvre jusqu'au sillon médian, la narine, la voûte palatine du côté droit, la cloison médiane du nez sont bien conformées. A gauche, division complète de la lèvre supérieure, faisant suite à une rainure, large de un centimètre, qui existe entre la cloison médiane du nez, d'une part, le maxillaire supérieur, l'os palatin gauche, d'autre part, et affecte tout le voile du palais du même côté. La commissure labiale gauche est fortement abaissée, la narine correspondante complètement effacée et aplatie. L'enfant ne peut prendre le sein ou le biberon. A la cuiller il avale, mais il faut porter les liquides profondément dans la cavité buccale.

L'aspect général de la face est hideux et asymétrique. La partie droite est bien celle d'un enfant nouveau-né, mais on ne peut attribuer à la partie gauche aucune ressemblance humaine ou animale.

3° *Hémimélie thoracique droite.*— Epaule et humérus droits bien conformés. On reconnaît facilement, à travers la peau, la trochlée, l'épitrochlée, l'épicondyle, la cavité olécrânienne qui est vide. Faisant suite à l'humérus, mais ne s'articulant pas avec lui, on trouve une masse osseuse, longue de deux centimètres, terminée par une main, peu développée, constituée par quatre métacarpiens et quatre doigts. Le premier métacarpien et le pouce manquent.

Le crâne, le tronc, le bassin, les autres membres sont normalement conformés.

Né le 24 mars après une grossesse et des couches naturelles, le monstre vit, en se développant, pendant trente-cinq jours et meurt d'un érysipèle de l'ombilic le 29 avril.

Le père et la mère, âgés l'un de 32 ans, l'autre de 23 ans, sont cultivateurs, sains et bien constitués. Ils n'avaient aucun lien de parenté et se sont mariés le 19 février 1882. Un an après, jour pour jour, venait au monde à terme, une fille actuellement vivante et de bonne santé habituelle. Le 7 décembre 1886, dans le cours d'une fièvre typhoïde grave, la mère accouche à six mois d'un fœtus mâle ne présentant aucune anomalie.

4° *Antécédents héréditaires.* — Dans les familles du père, aucune tare. Tous ont été ou sont bien portants, forts et vigoureux. De même dans la famille maternelle de la mère. Il n'en est pas ainsi dans la famille paternelle de la jeune femme. Là, bien que les renseignements soient incomplets, nous trouvons de nombreux cas pathologiques.

Le trisaïeul du monstre était difforme, de mœurs bizarres. Il pratiquait la sorcellerie, vivait familièrement avec les serpents, dit la légende, et pouvait en se donnant au diable faire trouver pour de l'argent de l'or et des trésors. Il avait, selon l'expression du pays, *la mandigore* (mandragore, sans doute) ?

L'aïeul, âgé de 60 ans, cultivateur, est atteint de rhumatisme noueux, déformant. Il marche très difficilement et avec des béquilles. Un frère du précédent est mort à 50 ans, après destruction presque complète du pied et de la jambe gauches par un ostéos-arcome. Un autre frère, atteint d'ulcères variqueux, meurt phthisique vers 40 ans. Enfin, un frère de la jeune mère est mort il y a dix-huit mois, âgé de 20 ans. Il était sourd-muet, rachitique et n'avait jamais pu marcher ou se tenir debout. Un frère aîné, âgé de 26 ans, est vivant, vigoureux et bien constitué.

Malgré des demandes instantes et réitérées, la famille a toujours refusé de laisser prendre un dessin ou une photographie du monstre. Elle s'est aussi opposée à l'autopsie.

HYGIÈNE PUBLIQUE. *Comité consultatif de France.* — Dans sa séance du 24 sept. 1888, le comité consultatif d'hygiène publique de France a approuvé un rapport de M. Brouardel sur la déclaration obligatoire, par le médecin traitant des maladies épidémiques, ainsi que sur la déclaration des causes de décès et les moyens de rendre cette declaration compatible avec le secret professionnel. Après avoir établi, d'après la tradition et par l'interprétation des arrêts les plus récents les éléments constitutifs du secret médical, le rapporteur a montré que ces éléments ne se rencontrent pas pour l'immense majorité des maladies épidémiques, sauf dans certaines circonstances tout à fait speciales. Aussi le comité a-t-il été d'avis, conformément aux conclusions du rapport, qu'il y a lieu de préparer un projet de loi qui rendrait obligatoire pour le médecin la déclaration d'un certain nombre de maladies, indiquées sur une liste nominative qui pourrait être modifiée par décret, suivant que les découvertes scientifiques rendraient ces adjonctions utiles à la santé publique. Dès maintenant cette liste pourrait comprendre les maladies suivantes : choléra, choléra infantile, coqueluche, diphtérie, dysenterie, fièvre jaune, fièvre typhoïde, maladies infectieuses puerpérales, maladies septicémiques, peste, rougeole, scarlatine, suette, typhus exanthématique, variole. En ce qui concerne la déclaration des causes de decès, le comité a en outre émis le vœu qu'une statistique de ces causes, basée sur les declarations de médecins traitants, fût organisée dans toute la France avec le concours des conseils d'hygiène, d'après le système adopté pour les villes, et notamment pour la ville de Paris, par l'Académie de médecine, et, pour les autres communes, par l'assemblee générale des médecins de France.

NOMINATION. — M. le D[r] de Lanessan a accepté le mandat de délégué au conseil supérieur des colonies pour la Nouvelle-Calédonie. Il faisait déjà partie de cette assemblée, mais tenait sa nomination de l'administration.

(1) Pepper. *Med. and Surg. Reporter*, 7 janvier 1888.
(2) Polaillon. *Union médicale*, 8 janvier 1884, p. 14.
(3) Chaput. *Perforation de l'appendice iléo-cæcal, par un corps etranger ; péritonite suppurée, phénomènes d'étranglement interne laparotomie* (*Progrès médical*, 1883, p. 103).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Musée de Médecine légale de Vienne.

Un Musée de Médecine légale! Je vois déjà les sceptiques sourire. « Mais la Médecine légale n'est pas une science indépendante : elle n'est qu'un emprunt à toutes les autres sciences. Aussi un Musée de cette nature ne peut-il être qu'une collection d'anatomie, d'anatomie pathologique, de pharmacie, de toxicologie, d'histoire naturelle, qu'une boutique d'armurier ou de coutelier et qu'une collection d'horreur comme celle de Grévin ou de Mme Tussaud. » Assurément, il y aura de tout cela dans un Musée de Médecine légale ; mais les pièces anatomiques et anatomo-pathologiques qui s'y trouveront y auront un caractère particulier qu'elles ne sauront avoir au Musée Orfila ; les armes à feu, les couteaux, les poignards y posséderont vraiment une histoire spéciale qu'ils n'auront nulle part ailleurs. C'est précisément parce que la Médecine légale emprunte de tous côtés qu'il sera curieux de voir cette juxtaposition des pièces et des instruments les plus divers qui intéressent la médecine dans ses rapports avec le code pénal.

D'ailleurs, l'expérience est faite maintenant. Ceux qui visitent le Musée de Médecine légale de la Faculté de Vienne se rendent aussitôt compte qu'il y a là, parmi ces 1.400 pièces de toute sorte et de toute nature, une unité véritable au point de vue de la destination à l'enseignement. Ce Musée, qui est l'œuvre de M. le Pr Hofmann (dont le livre a été traduit en français et a été commenté par M. le Pr Brouardel) est installé dans une partie du grand bâtiment situé à l'extrémité de l'hôpital général et consacré aux recherches sur le cadavre. Les collections médico-légales sont réunies dans une grande salle du premier étage : elles sont placées dans des armoires et dans des vitrines très bien éclairées. Les pièces elles-mêmes ont été préparées avec tout le soin nécessaire pour être visibles sans qu'il soit besoin de les retirer du bocal dans lequel elles sont renfermées. Elles proviennent presque toutes des autopsies et des recherches faites à l'institut médico-légal : elles sont accompagnées d'une brève notice qui indique leur origine et qui, pour plus de détails, renvoie à un numéro du registre dans lequel sont conservés tous les protocoles des autopsies.

Des dix grandes armoires dans lesquelles sont disposées les collections, les quatre premières contiennent les objets ayant trait médico-légalement aux questions sexuelles. M. le Pr Hofmann a réuni là une centaine de pièces montrant les diverses formes de la membrane hymen, depuis l'enfance jusqu'à la vieillesse et indiquant les résultats des différents traumatismes portés sur la région vulvaire. Voilà une collection qui prouve bien l'autonomie de la Médecine légale : sans doute, l'étude de la membrane hymen peut intéresser l'anatomiste, le chirurgien et l'accoucheur ; mais combien cet intérêt est faible à côté de celui que lui porte le médecin légiste ! Aussi, il n'existe nulle part, je crois, une accumulation aussi complète des formes et des altérations de cette membrane que celle qu'on peut voir ici au Musée de M. von Hofmann. Un médecin, qui étudie de près cette collection, n'est pas exposé plus tard à ces fréquentes erreurs qui se commettent trop souvent dans les examens relatifs aux attentats aux mœurs : il apprend à distinguer une frange naturelle d'un lambeau traumatique, il sait reconnaître une cicatrice, etc. Il peut aussi, en étudiant les pièces de l'armoire voisine, se rendre compte de toutes les malformations génitales chez l'homme et chez les femmes (épispadias, hypospadias, testicules restés à l'anneau, hermaphrodisme, développement exagéré du clitoris, des grandes et des petites lèvres, vagin et utérus cloisonnés, absence d'ovaires, etc., etc.). Toutes ces malformations soulèvent à chaque instant des questions délicates dans lesquelles le médecin légiste, appelé à donner son avis, se trouve quelquefois fort embarrassé : s'il n'a jamais vu un cas semblable à celui qu'on lui présente (et cela arrive fréquemment), il éprouve plus que de l'embarras. J'en dirai autant à propos des lésions provoquées par la pédérastie et qui sont ici représentées par quelques pièces intéressantes.

Dans une cinquième armoire sont disposées des pièces provenant de brûlures à différents degrés (lésions de l'épiderme, de la peau, des muscles, des os, etc.). On voit trois cas d'ulcère duodénal à la suite de brûlures étendues. Deux autres armoires renferment, l'une, des crânes de criminels, l'autre, des cerveaux de criminels. A côté, dans une autre armoire, on peut examiner des lésions pathologiques des os du crâne (cancer, syphilis, tuberculose), de façon à les distinguer des lésions traumatiques. Enfin, les deux dernières armoires contiennent des échantillons de plantes toxiques, de poisons organiques et inorganiques, des instruments pour avortement, des appareils pour plaisirs sexuels, puis des instruments pour provoquer la mort violente par homicide ou suicide (pistolets, revolvers, couteaux, poignards, marteaux, hachettes, massues, cordes, liens, rubans pour pendaison, etc.). Les lésions provoquées par ces divers instruments se trouvent plus loin dans les pièces conservées sous les vitrines.

Ces vitrines, au nombre de cinq, contiennent, elles aussi, des raretés et des matériaux du plus haut intérêt médico-légal. En voici une, par exemple, qui a trait à la suffocation accidentelle ou criminelle chez l'enfant et chez l'adulte. Vous y voyez une superbe collection de corps étrangers des voies respiratoires : ces corps ont été laissés dans leur position ; ici le larynx est obturé par un haricot, par une petite clochette métallique, par un tube de verre ; là il est bouché par un morceau de viande ou par un bras de poupée. Et puis d'autres pièces montrent la suffocation provoquée par des membranes croupales, par des abcès rétro-pharyngiens, par des sténoses laryngées, etc. Vous avez devant vous toutes les causes de mort subite par obstruction des voies respiratoires. Plus loin vous pouvez observer les lésions consécutives à la pendaison, avec les sillons cutanés, les fractures de l'os hyoïde et des cartilages du larynx : vous voyez les injections expérimentales faites par le professeur von Hofmann pour démontrer l'impossibilité de l'arrivée du sang dans les carotides pendant la pendaison.

Voici une seconde vitrine : elle est remplie de crânes fracturés. Des coups de hache et de marteau, des écrasements, des précipitations d'en haut, ont perforé ou

brisé un temporal, un pariétal, etc. Quelques-uns de ces crânes proviennent d'individus guéris après leur fracture : on voit alors les cicatrisations osseuses. A côté des crânes se trouvent des colonnes vertébrales, des bassins, des humérus, etc., également brisés. Toutes ces pièces portent l'indication du temps pendant lequel le blessé a survécu. Enfin nous trouvons encore dans cette vitrine une belle collection de fractures du larynx et de la trachée, de plaies du cou (couteau, rasoir) et des diverses régions du corps chez des suicidés, des assassinés ou des victimes d'accidents : les pièces montrent quel rapport existe entre la forme de la plaie et la forme de l'instrument meurtrier.

Nous arrivons maintenant aux blessures par armes à feu : voici, dans cette troisième vitrine, des crânes fracturés, des cerveaux pénétrés, des moelles épinières traversées par des balles de pistolet ou de revolver. Vous pouvez voir également les tatouages laissés sur la peau par les grains de poudre : vous pouvez suivre aussi des trajets de projectiles dans presque tous les organes. — La quatrième vitrine nous montre les lésions qu'on trouve à la suite des divers empoisonnements (acides sulfurique, chlorhydrique, oxalique, alcalis, arsenic, phosphore, sublimé, cyanure de potassium, etc.), puis les traumatismes provoqués dans l'utérus par l'avortement criminel. Cette dernière partie de la collection est complétée par des caduques, des chorions, des placentas et par une exhibition d'embryons et de fœtus de tout âge et de toute dimension. Vous trouvez là tout ce qui intéresse le médecin légiste à propos du nouveau-né (fracture du crâne, défauts d'ossification, etc.). — Dans la dernière vitrine, vous voyez à l'aide de quels caractères anatomiques on peut déterminer l'identité d'un cadavre, vous voyez les résultats des différents procédés d'inhumation (modification, dessèchement, embaumement, etc.). Vous voyez aussi (et je finis ma description par là) de belles pièces provenant d'anévrysmes du cœur, de l'aorte et de l'artère basilaire : à signaler aussi quelques échantillons de tatouages et quelques squelettes montés après dépeçage.

C'est, en somme, un vrai et beau Musée. Le professeur von Hofmann y donne tous ses soins : son assistant, le Dr Paltauf, y passe aussi une bonne partie de son temps. Je ne crois pas que ce Musée ait son équivalent quelque part, malgré tous les efforts du professeur Lacassagne à Lyon, du professeur Reubold à Wurzbourg et du professeur Ajtaï à Budapest. A Paris, dès que l'Etat et la Ville nous fourniront les moyens de posséder un institut médico-légal, nous ferons certainement notre possible pour ne pas être trop au-dessous de la capitale autrichienne : mais il faudra du temps.... et de l'argent.

P. L.

Revue scientifique. — Sommaire du numéro 13 (29 septembre 1888. — L'unification de l'heure. — Le rôle des Juifs dans l'histoire des civilisations, par M. Gustave Le Bon. — Les variations séculaires de la température, par M. J. Péroche. — Les explorations sous-marines du *Black*. — Action de l'hydrogène sulfuré sur les animaux, par M. Peyrou. — Causerie bibliographique. — Académie des sciences de Paris. — Informations. Correspondance et Chronique. — Inventions, Bibliographie et Bulletin météorologique.

Médecins des lycées. — M. le Dr Thonion est nommé médecin du lycée d'Annecy. — M. le Dr Monteils est nommé médecin du lycée d'Alais.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 sept. 1888. — Présidence de M. Descloizeaux.

MM E. Gaucher, Combemale et Marestang présentent une note sur l'*action physiologique de l'Hedwigia basalmifera* — L'*Hedwigia balsamifera* (*vulgo* bois-cochon, sucrier de montagne) est un arbre de la famille des Térébinthacées, qui croît aux Antilles et qui a été décrit par Descourtilz (*Flore des Antilles*, T. III, p. 263). L'extrait alcoolique et l'extrait aqueux des écorces de la racine et de la tige ont servi à faire des injections hypodermiques ; la tige donne 19 0/0 d'extrait alcoolique, 17 0/0 d'extrait aqueux ; la racine 18 0/0 du premier, 25 0/0 du second. Avec l'extrait alcoolique (tige ou racine) il suffit de 0 gr. 146 par kilogramme d'animal pour déterminer chez le cobaye des troubles graves, de 0 gr. 161 pour causer la mort. Les extraits aqueux sont moins toxiques ; l'extrait aqueux de tige est plus dangereux que celui de racine. L'extrait aqueux de racine est deux fois et demie moins toxique que l'extrait alcoolique ; il faut 0 gr. 65 par kilogr. d'animal pour amener la mort en une heure. L'extrait aqueux de tige, à la dose de 0 gr. 53 par kilogr., tue un cobaye en 20 minutes.

Les effets physiologiques constatés peuvent se résumer ainsi : abaissement rapide et considérable de la température ; paralysie débutant par le train postérieur, s'étendant progressivement au reste du corps, avec convulsions généralisées ; dilatation pupillaire et éjaculation ; phénomènes vaso-dilatateurs sur l'oreille ; la mort est précédée d'irrégularité de la respiration et de parésie cardiaque. A l'autopsie, on trouve seulement de la congestion viscérale. L'*Hedwigia balsamifera* est donc un *poison nerveux, hypothermisant, paralysant et convulsivant*. Les principes actifs des extraits sont un alcaloïde et une résine ; cette dernière existe dans la proportion de 1/10 dans l'extrait alcoolique ; elle est plus toxique que l'alcaloïde. L'*alcaloïde* est surtout *convulsivant*, la *résine paralysante et hypothermisante*. Marcel Baudouin.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 2 octobre 1888. — Présidence de M. Hérard.

M. Verrier fait une communication sur un cas d'*enchâtonnement du placenta avec septicémie* et où la guérison fut obtenue avec les injections antiseptiques. L'enchâtonnement du placenta siégeait vers la corne droite de l'utérus anormalement dilatée. Des injections furent pratiquées avec une solution de sublimé à 1/2000e et à l'aide de la sonde à double courant de Budin. Le neuvième jour, les phénomènes septicémiques s'accentuèrent. Des injections à l'acide phénique à 2.5 0/0 furent alors employées. Aujourd'hui, 21 jours après l'accouchement, la malade, âgée de 40 ans, multipare, est complètement guérie. Cette observation démontre que le curage et l'écouvillonnage ne sont pas indispensables dans les cas graves et que les injections antiseptiques sont capables à elles seules de produire la guérison.

M. Bouchard, au nom de M. Mosé (de Montpellier), fait une communication sur la *glycosurie et la polyurie dans le paludisme*. L'urologie de la fièvre palustre mérite d'être reprise : les propositions classiques sur les caractères et la marche du syndrôme urologique, pendant les paroxysmes et après l'accès subissent de nombreuses exceptions ; elles ne peuvent être données comme règles que sous réserves. A la suite des accès de fièvre intermittente, la glycosurie peut se montrer, mais c'est là un fait rare, le plus souvent transitoire. La glycosurie qui se montre dans ces circonstances paraît tenir surtout aux conditions inhérentes à l'individu et résulter d'un état spécial de l'organisme passager ou permanent (diathèse arthritique, lactation, etc.). L'intoxication tellurique n'a dans sa production qu'un rôle secondaire, puisque, chez les paludéens cachec-

tiques et dans les fièvres intermittentes pernicieuses, la glycosurie ne paraît pas être plus fréquente que dans l'impaludisme moins grave ou moins invétéré. Après les accès de fièvre intermittente, il est fréquent, mais non constant, de voir survenir une polyurie aiguë ou passagère. La quantité d'urine varie de deux litres et demi à trois litres et demi dans les vingt-quatre heures ; elle a pu atteindre cinq et même huit litres. Cette polyurie aiguë commence d'habitude plusieurs jours après les accès ; elle ne s'accompagne pas d'une azoturie proportionnelle ; il ne s'agit pas cependant d'une hydrurie simple. Les chlorures en particulier, quand ils ont été dosés, se trouvaient en grande quantité. Par son allure et par ses caractères principaux, cette polyurie se rapproche plutôt des polyuries observées dans la convalescence des maladies aiguës qu'elle ne constitue réellement un syndrôme critique ; pour mieux se rendre compte de sa nature, il serait utile de savoir si cette polyurie s'accompagne ou non d'une augmentation de la toxicité urinaire. Au point de vue séméiologique, il faut recommander, pendant plusieurs jours consécutifs, de faire l'examen des urines. après la disparition des accès fébriles. Le fait observé par S. Ringer, que le sulfate de quinine dissoudrait les éléments de la fièvre, mérite d'être confirmé par de nouvelles analyses.

M. Laborde fait une communication sur l'*alcool et sa toxicité, sur les alcools dits supérieurs et d'industrie et sur les bouquets artificiels.* L'industrie, aidée de la chimie, ajoute à des produits naturels des produits artificiels auxquels elle s'évertue de donner les qualités intrinsèques de ces produits naturels. Ces produits artificiels constituent en réalité des poisons dangereux. Le vin est constitué de toute pièce avec de l'alcool, des matières colorantes et une huile essentielle, à laquelle on donne le nom de bouquet. Le bouquet est un produit complexe ; il y en a deux variétés, l'huile de vin français et l'huile de vin allemande. Or, ces bouquets peuvent déterminer des accidents toxiques. L'alcool est un poison convulsivant ; il emprunte sa puissance convulsivante à deux aldéhydes, l'aldéhyde pyromucide ou furfurol et l'aldéhyde salicylique. La faculté convulsivante et épileptisante du furfurol ne se produit qu'à la suite d'injections intra-veineuses et non par le fait de l'ingestion stomacale. L'aldéhyde salicylique et le salicylate de méthyle donnent aux liqueurs et aux bouquets cette même propriété convulsivante. Parmi les bouquets, il en est d'inoffensifs, mais la plupart sont des poisons. Le type de ces poisons est la liqueur d'absinthe. Dans le vermouth et le bitter, il existe aussi un bouquet artificiel des plus dangereux, l'aldéhyde salicylique. Cet aldéhyde, injecté aux animaux, par la voie intra-veineuse. détermine des attaques épileptiformes. Le vermouth et le bitter peuvent encore contenir une substance convulsivante, le salicylate de méthyle.

M. Dujardin-Beaumetz estime qu'on aurait tort de conclure des expériences de M. Laborde à la réalité clinique. M. Laborde injecte ces substances toxiques dans les veines, d'où des altérations immédiates du sang et la formation possible d'embolies. Or, ces mêmes substances. introduites dans l'estomac, subissent des modifications avant de passer dans le sang et ne sauraient engendrer tous les accidents décrits par M. Laborde. Que dit la clinique ? Elle nous démontre que les absinthiques ont des attaques d'épilepsie, absolument comme les alcooliques. Cet accident relève non de l'intoxication, mais des dégénérescences diverses de la moelle.

M. Duplay lit un *rapport* sur le prix *Meynot* pour 1888.

A. Josias.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 30 octobre 1888. — Présidence de M. Polaillon.

M. Guermonprez (de Lille) envoie une note sur un cas de *fibromyxome de la face palmaire de la main.*

M. Roux (de Lausanne) adresse à la Société les brochures suivantes : *Luxation bilatérale de la rotule* ; — *Electrolyse de la prostate* : — *Anesthésie par l'éther.*

M. Fraipont adresse les brochures ci-dessous : *Pyosalpingite double*, etc. : — *Six cas de périnéorrhaphie.*

M. Tripier (de Lyon) envoie un mémoire sur *trois cas de résections.*

M. Monod présente, au nom de M. Macario (de Nice), une note sur la *persistance des règles après l'ablation des deux ovaires*, et un autre travail de M. Roux sur un cas de *carcinome du cou* et un cas de *gastro-entérostomie.* (Renvoi à une Commission).

M Segond dépose sur le bureau un travail de M. M. Hache, professeur de chirurgie à Beyrouth, sur la *blennorrhagie chronique chez l'homme.*

M. Chauvel fait un rapport sur une observation de M. Charvot intitulée : *Fracture bimalléolaire, consolidation vicieuse, ostéotomie*, etc., *guérison.* Il s'agit d'un arabe de 42 ans qui, 18 mois après une fracture bimalléolaire, se présenta à M. Charvot dans un état tel que, par suite d'une consolidation vicieuse de sa fracture, la face interne du pied reposait sur le sol. Le redressement manuel, en raison de la solidité du cal, fut jugé impossible et on recourut à l'ostéotomie. On réséqua d'abord le péroné; mais, comme cela ne suffisait pour redresser le pied, on attaqua le tibia. On enleva 5 centimètres environ de cet os. Le pied fut ramené alors dans une bonne position. Au cinquième jour, on appliqua un appareil plâtré. Le malade guérit; actuellement, il marche bien et peut monter à cheval. M. Chauvel insiste sur la nécessité de ne réséquer que ce qu'il faut, mais de ne pas hésiter, après avoir attaqué le péroné, à s'en prendre au tibia, si le pied ne peut être suffisamment redressé. Il ne faut rien exagérer, mais ne pas faire les choses à demi.

M. Terrillon a opéré autrefois un cas semblable : section simple du péroné et résection du plateau tibial. La réparation a été bonne ; le malade aujourd'hui peut monter à cheval.— Il y a 2 ans, il a eu à faire encore une opération analogue. Il s'agissait d'un malade qui, 3 mois 1/2 auparavant, s'était fait une fracture de Dupuytren, laquelle se consolida mal. L'opération fut donc faite de très bonne heure, peu après l'accident. Il croyait que le redressement du pied serait difficile, mais il a été tout étonné de n'avoir à réséquer que le péroné et de ne pas avoir à toucher au tibia. Avant la section des parties molles, il était persuadé qu'il lui faudrait attaquer aussi cet os. La guérison fut tres rapide, même au point de vue fonctionnel. Ainsi donc, qu'on ostéotomise d'abord le péroné ; si cela ne suffit pas, on passera alors au tibia.

M. Desprès fait une communication sur *deux modes de sutures à distance.* Il a déjà décrit le premier procédé qu'il a appliqué pour une fistule de la trachée, ayant résisté à plusieurs tentatives de restauration. Deux fois, en effet, la suture par le procédé américain fut essayée, mais ne réussit pas, à cause des mouvements de la respiration, de l'amincissement des téguments au pourtour de la fistule, de l'absence de quelques cerceaux trachéaux, car ces fistules sont ordinairement consécutives à des trachéotomies. Au lieu de suturer les bords avivés de la fistule, il fit deux plis à la peau du cou qui est très lâche, et rapprocha ces deux plis en les accolant au devant de l'orifice fistuleux qui fut ainsi oblitéré. Le cinquième jour il enleva les fils ; guérison. — Le deuxième procédé consiste à suturer, sans toucher à ses bords, une fistule pénienne par exemple. M. Desprès fait une incision curviligne autour de l'orifice, à 1 centimètre, puis une autre incision, de même curviligne et concentrique, à 1 centimètre en dehors de la première. Il enlève la partie intermédiaire aux deux incisions et rapproche les surfaces cruentées, à l'aide d'épingles par exemple et d'une suture enchevillée. Ce procédé peut être appliqué aussi aux fistules vésico-vaginales, dont les bords sont très minces. Il croit que ce procédé a déjà été décrit dans la première édition du manuel de Petite Chirurgie de Jamain. Le malade opéré par M. Desprès d'une fistule pénienne est sorti de l'hôpital presque guéri ; il avait été opéré bien des fois déjà, sans succès durable, par d'autres chirurgiens.

M. Anger (Th.) connaît ce malade ; il le croit capable de passer son temps à découdre ce que les chirurgiens cousent pour le guérir. C'est un homme qui veut se faire nourrir dans les hôpitaux, grâce à cette fistule qu'il sait rendre perpétuelle, en dépit des sutures les plus perfectionnées. Il l'a

revu en juillet, et, malgré l'opération de M. Desprès, il n'était pas guéri.

M. Berger pense que le procédé de M. Desprès a un inconvénient. En agissant ainsi, on crée de toutes pièces un infundibulum en relation avec l'urèthre, dans le cas de fistule pénienne, bien entendu, et l'urine a de la tendance à s'accumuler dans cette sorte de poche. Pour lui, il préfère un autre procédé. Il dissèque à l'aide d'une incision circulaire autour de l'orifice fistuleux, la partie qui le borde, la rebrousse en dedans de manière à obturer l'orifice même avec la portion disséquée, et, par dessus cette sorte de *bouchon de chair*, pratique soit une réunion immédiate, soit une autoplastie à l'aide d'un lambeau qu'il rabat comme un volet. Quelques sutures au catgut suffisent pour adosser les surfaces cruentées. On peut employer quelques fils pour invaginer plus facilement la partie qui doit servir de tampon pour la fistule. De la sorte, on évite la formation d'un infundibulum, comme dans le procédé préconisé par M. Desprès.

M. Desprès prétend qu'en fait cette sorte de diverticule n'a pas d'inconvénient, que lors de fistule pénienne, entre autres, l'urine ne s'y accumule pas. La critique de M. Berger est toute théorique. Le procédé de M. Berger (renversement méthodique des parties charnues) est connu; on l'a employé lors de fistule du larynx et dans certains cas de hernies étranglées.

M. Nicaise communique un cas de *déchirure du rectum par le ballon de Petersen*. Il s'agit d'un vieillard de 75 ans, atteint depuis longtemps de cystite calculeuse. Depuis deux ans, il a subi 7 ou 8 lithotrities. Quand M. Nicaise le voit, il a une cystite douloureuse très intense (crises de douleurs vives, ténesme vésical et rectal, etc), et pour laquelle il fait la cystotomie sus-pubienne. Le ballon de Petersen introduit dans le rectum renferme 360 grammes d'eau, la vessie 280 grammes de solution boriquée. Suites opératoires bonnes dans les premiers jours. Mort le 16e jour sans symptômes caractéristiques d'une complication quelconque, sauf un affaiblissement progressif. A l'autopsie, on n'a rien trouvé qui pût expliquer la mort; rien dans le péritoine pelvien, pas de suppuration; le rein est petit et contracté (néphrite interstitielle. Toutefois, on note une déchirure de la paroi antérieure du rectum, et à ce niveau, une plaque d'induration située entre le rectum et la vessie; pas de communication entre le rectum et la vessie. Au niveau de cette plaque, sur la muqueuse vésicale, on note une coloration foncée seulement. Le malade n'a eu que des douleurs dans l'hypogastre, pendant la vie, après l'opération. Faut-il les attribuer à la déchirure? Cette déchirure a été produite au moment de l'opération ou bien est le résultat d'une eschare détachée plus tard. En tous cas, elle est bien dûe à la pression exercée par le ballon. On a publié des cas analogues; mais ce sont là des faits exceptionels. Pour se mettre à l'abri de ces surprises, il faut dans chaque cas s'inquiéter des dimensions du rectum chez le malade à opérer, car l'ampoule rectale a un calibre fort variable et une puissance de dilatation qui n'est pas la même chez tous les sujets pour la dilatation lente et la dilatation rapide.

M. Routier a observé un fait semblable: Jeune homme atteint de cystite tuberculeuse. Cystotomie sus-pubienne pour cette cystite douloureuse. Il injecta une très faible quantité de liquide dans le ballon. Pendant 12 jours tout alla bien, puis péritonite subaigue et mort en 12 heures. A l'autopsie, perte de substance large comme une pièce de deux francs au niveau de l'angle recto-vésical, sur la face antérieure du rectum.

M. Le Dentu pense que ces cas malheureux s'expliquent par des altérations antérieures des parois rectales (défaut de résistance, étroitesse du tube rectal, etc.), mais ce sont-là des faits très rares. Pour les éviter, il faut injecter une minime quantité d'eau dans le ballon, s'arrêter dès qu'on sent une résistance modérée. Rarement on y injectera plus de 300 grammes de liquide. Il faut plutôt distendre la vessie que le rectum, toutes choses égales d'ailleurs; on doit se baser sur les résistances fournies par les parois des deux réservoirs et ne rien brusquer.

M. Th. Anger ne croit pas que le ballon de Petersen joue un rôle bien utile, sans compter qu'il peut être dangereux. Il ne l'emploie pas; pour avoir la vessie sous la main dans la région hypogastrique, il se sert d'un cathéter, qui se développe dans le réservoir urinaire et vient appuyer la paroi antérieure de la vessie sous la peau de l'hypogastre. Il n'y a pas même besoin de remplir la vessie, quand on utilise cet instrument.

M. Desprès est un adversaire acharné dudit ballon. Il croit inutile aussi de distendre la vessie, puisque toujours elle contient de l'urine. Pour lui, avec de bonnes connaissances anatomiques, on fait une taille hypogastrique sans ballon ni distension vésicale. Il y a des points de repère sérieux pour atteindre sûrement l'organe à ouvrir: pyramidaux, ouraque, deux veines vésicales. Il compare le ballon de Petersen à un guide-âne.

M. M. Sée pense que l'instrument de M. Anger ne remplit pas le même but que ce ballon, qui a été inventé spécialement pour refouler le péritoine et son cul de sac vésical, pour découvrir une plus grande partie de la face antérieure de la vessie. L'instrument de M. Anger ne met pas à l'abri de la lésion du péritoine.

M. Segond défend les avantages du ballon. C'est grâce à lui qu'on pratique aujourd'hui tant de tailles hypogastriques, que cette opération a été remise à l'ordre du jour. Quand on a affaire à des vessies ratatinées, le ballon est un guide précieux.

M. Le Dentu avoue qu'il n'est pas absolument indispensable, mais qu'il est toujours fort utile. L'instrument de M. Anger facilite l'ouverture de la vessie. Il n'y a pas toujours de l'urine dans une vessie, comme le dit M. Desprès. Le ballon est encore très commode lors de taille pour tumeur vésicale; il permet de fixer le fond de la vessie, de le soutenir, de l'élever, à condition de ne pas être trop distendu.

M. Desprès tonne à nouveau contre ce ballon qu'il maudit; n'a-t-il pas amené des accidents terribles? Le fond de la vessie est assez haut placé; il n'a pas besoin d'être soulevé.

M. Nicaise reste partisan de l'emploi du ballon, mais certaines précautions sont à prendre: distension modérée du rectum; distension vésicale plus considérable comme compensation si la chose est possible; ne pas dépasser 300 gr. ordinairement.

M. Picqué communique une note intitulée: *Accidents de pseudo-étranglement herniaire. — Hernie inguinale à droite. — Difficultés de la cure radicale. — Les indications et contre-indications.* (Renvoi à une commission).

M. Nicaise présente un *robinet graduateur* du liquide à pulvériser par les pulvérisateurs ordinaires. Ce robinet s'adapte sur le tube adducteur du liquide. Grâce à cet ajustage, on peut ne pulvériser que 1 cent. de solution au lieu de 6 cent. à 10 cent. par minute. C'est un avantage, car, dans les pulvérisations non graduées, la partie malade à pulvériser est littéralement inondée par les gouttelettes de liquide après condensation. Marcel Baudouin.

61e CONGRÈS DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS.

Session de Cologne (18-24 septembre 1888) (1).

Séance générale.

M. le premier curateur, M. le Prof. Bardenheuer déclare le Congrès ouvert et communique à l'Assemblée que les villes d'Heidelberg et de Stuttgard se disputent l'honneur de recevoir l'Assemblée prochaine.

Puis M. Binswanger d'Iéna fait une communication sur le *crime et la folie*. Faut-il voir dans tout criminel un individu congénitalement condamné à un arrêt de développement des facultés intellectuelles comme le pense Lombroso? Quels sont les signes de dégénérescence physique que l'on constate en pareil cas, notamment sur le crâne et le cerveau; quels sont ceux qui doivent être tenus pour symptomatiques de cet arrêt de développement, d'après Bénédikt et autres? Les distinctions entre un criminel de naissance (instinctif) et un criminel de circonstances (passionnel) consiste en ce que chez le premier domine cette prédisposition héréditaire qui l'engage directement, irrésistiblement dans la voie du crime, à moins qu'une éducation spéciale ne vienne y mettre bon ordre, tandis que le second subit l'influence de mobiles personnels et

(1) Nous résumons exclusivement les communications scientifiques.

surtout sociaux qui le portent à ces actes. Il est aussi difficile, en certaines conditions, de ne pas devenir criminel que de le devenir en d'autres. La statistique ne peut encore nous fournir sur cette question, que des éléments insuffisants parce qu'elle n'est pas assez riche et que c'est l'étude de chaque cas particulier qui nous peut éclairer. Il ne faut pas trop se presser d'ériger à l'état de connaissances positives, de considérer comme éléments de diagnostic de criminalité, les signes des auteurs. La psychologie criminelle ne pourra se fonder, s'implanter comme science qu'à l'aide de la plus extrême prudence.

M. Lassar (de Berlin). — *La mission civilisatrice de la balnéologie populaire.* Après un parallèle entre les bains d'autrefois et ceux d'aujourd'hui considérés au point de vue social, M. Lassar accorde la préférence à ceux d'aujourd'hui. Par suite, l'hygiène publique qui est l'honneur de notre temps, nous confère l'obligation d'installer et d'améliorer, par tous les moyens possibles, les services de bains publics (1).

M. von den Steinen (de Düsseldorf). — *Etat de la civilisation des représentants actuels des peuples de l'âge de pierre au centre du Brésil.* De retour de sa seconde expédition sur le Xingou, l'auteur raconte qu'il a abordé des régions jusqu'ici inexplorées des Blancs ; il y a trouvé des souches indiennes vivant sans souci de la vertu ni du vice et ne connaissant pas l'usage des métaux. Elles ont cependant certaines lois qui dénotent quelque civilisation, par exemple celle de la monogamie, savent avec leurs outils de pierre se fabriquer des armes et des meubles coquets, possèdent la notion de la propriété, et acceptent, bien que ne l'ayant pas érigée, à l'état de culte, l'immortalité de l'âme. Leurs idées sont absolument enfantines. Le tableau social de ces sauvages nous rejette bien loin de l'illusion de nos pères qui honoraient en eux l'humanité parfaite ; il ne nous permet pas davantage de nous rallier à la manière de voir toute moderne de Lombroso et de son école, dont M. Binswanger vient de parler et qui se résume en ces mots identité presque complète entre les rudiments les moins avancés de la civilisations et de la criminalité.

Section de médecine interne.

M. Gœrtner (de Iéna). — *De l'intoxication par les viandes en Frankenhausen.* Il convient d'en distinguer trois groupes :

I. Viandes empruntées à des animaux malades dans toute leur substance, tout leur individu étant toxique ou la toxicité ne se rattachant qu'à certains organes de leur économie (foie et reins).

II. Viandes immédiatement toxiques ou n'empoisonnant qu'au bout d'un temps assez long après l'ingestion.

III. Viandes toxiques à l'état de crudité ou malgré leur cuisson (par exemple sous forme de soupes).

Vomissements, diarrhée, fièvres, collapsus accompagnés d'un pouls mou, misérable, de soif et de faim, sopor, rigidité tétanique, diplopie, aphasie, contractions laryngo-œsophagiennes semblables à celles de la rage. Il s'agit très-probablement d'une invasion de l'économie par des bactéries qui intoxiquent en produisant des ptomaïnes. On ne connait encore que peu de chose sur le mécanisme de cette intoxication. Voici le résumé d'une observation apportant quelque lumière sur le sujet.

Le 7 mai 1888, la vache d'un propriétaire de Frankenhausen était atteinte de diarrhée. Comme elle était incurable on l'abattit et l'on ne constata qu'une gastrite catarrhale. Le 11, un ouvrier en mangea 800 gr. crue ; une heure plus tard il était malade et mourait en 36 heures. L'autopsie révéla l'existence d'une fièvre typhoïde. Puis 25 familles présentèrent pour la même cause 58 cas de maladie. A l'exception de la mère de l'ouvrier, le premier atteint qui fut contaminé directement, toutes ces victimes avaient mangé de cette viande, soit en nature (le plus petit nombre), soit accommodée sous la forme de soupe. Il n'y eut pas d'autre mort, mais la convalescence de presque tous les patients se montra lente et fut accompagnée d'une desquamation étendue de la peau. Immédiatement les autorités *prirent les dispositions nécessaires pour faire rendre le reste de la viande de l'animal avant qu'il ne fût passé dans le commerce de détail ; l'épidémie put être entravée de cette façon* (1). L'examen du jus fait de cette viande décéla des bactéries que ne trouve jamais en pareil cas (études comparatives); les mêmes bactéries furent rencontrées dans la rate du malade qui avait succombé. Elles étaient représentées par des bâtonnets entourées d'auréoles végétants dans la gélatine où elles atteignaient des dimensions énormes tout en ne se colorant plus que partiellement, dans l'agar-agar et dans le sérum sanguin. Les inoculations, négatives chez le chien, le chat, la poule, le moineau infectèrent gravement rats, lapins, cobayes en leur donnant de violentes diarrhées (entérites hémorrhagiques à l'autopsie). M. Gœrtner propose le nom de *Bacillus enteriditis.* Les cultures de ce bacille infectèrent la viande saine de vache au point de déterminer par la voie gastrique, chez des cobayes et des rats la même intoxication, tandis qu'elle ne détermina pas d'accidents par la même voie chez le lapin. Tandis que des bactéries de la putridité occupent le tissu musculaire, ces bacilles envahissent les vaisseaux sanguins; parfois ils s'agglomèrent plus particulièrement dans le foie, les poumons et autres organes, qui deviennent alors le foyer générateur de la toxicité. Ils empoisonnent en passant du tube intestinal dans les vaisseaux. Quand l'estomac est vide ils ont beau jeu.

M. Silbermann. — *Recherches expérimentales sur les thromboses multiples dans certaines intoxications du sang.* Après avoir intoxiqué des animaux de chlorate de potasse, si l'on injecte leur sang à un chien, celui-ci succombe et l'autopsie révèle que le cœur droit est tres dilaté, la veine cave hypérémiée; les poumons pâles sont farcis d'hémorrhagies capillaires (réatifs de fuchsine et d'éosine). On obtient les mêmes résultats en se servant, comme agents toxiques, d'arsenic et de phosphore. Ce sont donc des coagulés multiples et non la destruction des globules rouges qui tuent le malade, non plus que l'oblitération des canalicules urinaires.

M. Krull expose un nouveau *traitement de la phthisie pulmonaire par des inhalations d'air chaud humide.* — Il s'agit de le faire pénétrer dans le poumon à la température de 42° et même à une température supérieure. Outre qu'il tuera directement ceux des bacilles qu'il rencontrera sur les parois des cavernes, il activera, par la dilatation réflexe des vaisseaux pulmonaires, la circulation de l'organe sans surmener ni exciter le cœur, puisqu'à la dilatation réflexe succédera la contraction naturelle des parois vasculaires et leur retrait élastique; de là un plus grand apport d'oxygène et une plus forte excrétion d'acide carbonique; de là aussi une meilleure irrigation du parenchyme lui-même dont la nutrition reprendra. Les portions du poumon encore saines résisteront à l'envahissement du bacille et l'activité des échanges nutritifs, au sein des parties affectées, aboutira à la résorption des tissus sacrifiés, à la néoplasie de vaisseaux et de tissu conjonctif formant barrière à l'envahissement des bacilles ; la vapeur d'eau inhalée avec l'air facilite le ramollissement et l'expuition des dépôts caséeux. Un appareil est chargé d'exécuter la besogne (voyez *Berlin. Klin. Wochensch.*, n° 39, 1888).

M. Kroenig recommande, pour le *diagnostic précoce de la phthisie pulmonaire*, de percuter les *sommets des poumons* dans les deux sens de la *hauteur* et de la *largeur*, car l'étude topographique des contours de l'organe explique pourquoi il arrive souvent que la percussion suivant la hauteur ne révèle rien, alors que la percussion suivant la largeur révèle déjà des anomalies.

M. Litten. — Il existe des cas de *gastrite catarrhale* dans lesquels, au bout d'un temps très court, il se produit une *complète atrophie de tous les éléments glandulaires* de l'organe. De simples embarras gastriques entraînent par suite la déchéance profonde des malades, et, si l'on analyse leurs ingesta, on trouve que les tuniques stomacales sont hors d'état de manier comme il conviendrait les aliments. Telle est une des causes de l'anémie pernicieuse. Il faut tâtonner, tant en ce qui concerne la prescription des aliments qu'en ce qui regarde l'administration d'acide chlorhydrique, de pepsine; les sources chlorurées iodiques conviennent moins que celle de Karlsbad.

(*A suivre*). P. Kéraval.

(1) Avis à M. Desprès. Voy. *Progrès médical*, 1888, p. 323, 366, 1re partie: Bains et hydrothérapie externe dans les hôpitaux de Paris, par Kéraval.

(1) A signaler à notre administration française.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de l'Empyème; par M. le Dr Bouveret (de Lyon). — Baillière et fils, Paris, 1888.

Le volumineux ouvrage que vient de publier M. Bouveret, professeur agrégé à la Faculté de Lyon, sur l'empyème constitue une monographie des plus importantes destinée à faire époque dans la science ; on y trouvera exposé l'état actuel de nos connaissances sur cette question de pathologie, à cheval sur le domaine de la médecine et sur celui de la chirurgie.

Un grand nombre d'observations — plus de deux cents — sont rapportées, les unes avec détails, les autres résumées. L'auteur cite quinze observations personnelles. C'est à l'aide de ces matériaux, résultat d'études cliniques prolongées, que M. Bouveret a pu édifier une œuvre aussi considérable. La partie thérapeutique est traitée d'une façon très ample, en raison de son intérêt et des conquêtes chirurgicales récentes. Mais la description des symptômes est loin d'avoir été tout à fait oubliée; de même l'étiologie et l'anatomie pathologique de l'empyème y sont aussi décrites. Depuis Ælius, dit M. Bouveret, on décrit sous le nom d'empyème toute collection purulente des plèvres, quelque soit leur origine, pulmonaire ou pleurale, et l'on a bien raison. Vouloir, avec Bacelli, attribuer à ce terme une signification plus restreinte (collection purulente inthroracique d'origine pleurale seulement) serait pousser trop loin l'amour des subdivisions, et, en voulant tant distinguer, pense M. Bouveret, on n'y verrait plus clair. Soit, mais c'est à l'Usage de se prononcer; nous verrons qui des deux aura raison. En tous cas, l'auteur n'a point tort de s'insurger contre l'abus de langage qui consiste à désigner une opération par le nom de la maladie que ladite intervention est appelée à guérir. Disons donc toujours *Pleurotomie* (le mot thoracotomie est moins précis), et — un sage conseil en passant — efforçons-nous de la faire toujours antiseptique. Le premier chapitre de l'ouvrage comprend un court résumé de ce qui a trait à la partie symptomatologique de la question envisagée en général ; les suivants sont consacrés à l'étude des divers modes de traitement. Nous n'avons pas l'intention de les résumer ici, car le *Progrès* les a enregistrés presque tous, à des époques différentes, au moment de leur apparition. M. Bouveret décrit successivement le traitement médical et chirugical, les accidents et les complications qui surviennent pendant ce traitement, enfin les indications et les contre-indications du principal procédé opératoire, la pleurotomie. Dans le chapitre VI, on trouve l'histoire détaillée des différentes variétés d'empyème, dont quelques-unes sont encore mal connues (pleurésie purulente d'emblée, etc.). La dernière partie de ce sérieux travail est réservée aux différentes sortes d'évacuations spontanées de l'empyème : fistules pleuro-bronchiques, pleuro-cutanées, etc., et à l'exposé du traitement qui doit être appliqué aux fistules thoraciques permanentes, spontanées ou consécutives à la pleurotomie. L'opération de Letiévant-Estlander, ainsi que ses modifications récentes, est étudiée avec grand soin.

Il s'en faut de beaucoup que cette volumineuse monographie soit une simple compilation. Comme nous l'avons dit, on y trouve des observations inédites, des idées originales, des réflexions qui dénotent un médecin bien au courant de la science moderne. Un tel livre ne peut avoir qu'un grand succès, et il sera bien mérité. Marcel Baudouin.

Revista de Neurologia e de Psychiatria, paraissant tous les trois mois sous la direction du Dr B. Rodriguez, Lisbonne, 1888.

Dans le numéro comprenant le premier trismestre, on trouve un article de M. Sousa Martin sur les *mouvements pupillaires* (post-mortem et intra-vitam); un deuxième article de M. Julio de Matos sur la *responsabilité criminelle des aliénés;* un troisième ayant pour titre : *Notes physio-psychologiques sur le langage*, par M. A. Coelho. Dans ces études, leurs auteurs citent les travaux et les expériences les plus récentes faits sur les sujets qu'ils traitent · en première ligne se trouvent des noms d'auteurs français. M. Coelho passe en revue les théories de MM. Kussmaul, Ribot, C. Bastian, Wundt, Lazary; il résume le travail de M. Ballet (le Langage intérieur et les diverses formes d'aphasie, Paris, 1886) en présentant quelques critiques et des idées propres. Ensuite, il y a une leçon de M. B. Rodriguez, dans laquelle il fait une analyse générale des dernières acquisitions de la clinique mentale et de la clinique nerveuse; il y rappelle brièvement les classifications de Morel et de M. Magnan, son maître, de M. le professeur Ball, de Krafft-Ebing, Meynert, etc., en insistant sur quelques questions importantes relatives à la *dégénérescence mentale* et au *délire chronique à évolution progressive*, etc. Il rappelle encore les travaux de l'Ecole française sur les diverses formes ou variétés de l'*aphasie* (Charcot et son école, Egger, Kusmaul, Wernicke, sans parler de Broca, etc.); ceux sur les *névrites périphériques* à l'ordre du jour, notamment les études touchant les *paralysies alcooliques* (Lancereaux, Charcot, Œttinger, Brissaud). Nous notons ici une lacune au point de vue historique : c'est l'oubli de la citation d'un travail, fort important pour l'époque, de Jackson, de Boston, qui, d'après M. le professeur Charcot, appela le premier l'attention, en 1821, sur les désordres du système nerveux causés par l'alcoolisme; de même pour M. Huss, de Stockholm, 1842; et pour Duménil, 1864. Il rappelle enfin ce qu'il y a d'acquis touchant la *paralysie générale*, l'*épilepsie*, la *sclérose latérale amyotrophique* et la *circulation cérébrale*. Il termine en montrant à ses auditeurs le rôle prédominant de l'Ecole française dans les domaines mental et neurologique. Le style est clair et les questions sont présentées d'une façon méthodique. — Un cinquième mémoire de M. Lemos, élève de M. le Dr Magnan sur *l'électrothérapie en psychiatrie*, étudie les actions physio-thérapeutiques des diverses sortes d'électricité; un cas de *mélancolie consécutive à des chagrins prolongés; tentative de suicide*, etc., un autre d'accès *maniaco-melancolico* chez un névropathe sont décrits avec beaucoup de détails et ont été modifiés favorablement par les courants faradiques. Enfin, M. L. Lopes rapporte l'histoire d'une malade, 28 ans, et conclut qu'il existe une fièvre intermittente d'origine nerveuse, chez les hystériques ou les chloro-anémiques et que la volonté des malades ou du médecin peut exercer une influence bienfaisante sur certaines manifestations morbides. Revue des journaux étrangers. Discussions, bibliographie. Cette *Revista* constitue le recueil le plus important du Portugal. Dans le numéro d'avril à juin, on peut voir, parmi d'autres, un mémoire de M. Ch. Féré, M. B., sur les *douleurs hystériques et la simulation*, écrit en langue française, et un mémoire de M. B. Rodriguez : *Symptomatologie et diagnostic de l'hémiplégie hystérique*; faute d'espace, nous en réservons l'analyse pour un prochain numéro.

Arthropathia tibio-tarsiana, Blennorrhagia, Méningomyélite: par le Dr Vieira de Mello. *União Medica*, aout 1888, Rio-Janeiro).

C..., âgé de 40 ans, consulte M. Mello en avril 1888. Pas d'antécédents héréditaires. Blennorrhagie dans sa jeunesse, paraplégie consécutive survenant quelques jours après, et dont l'intensité variait avec les progrès et l'abondance de l'écoulement. Douleurs des membres pelviens et dans l'articulation tibio-tarsienne; grande amélioration; ensuite réapparition de l'écoulement, des douleurs et de l'impotence des mêmes membranes. On a parlé de *béri-béri* et c'est pour cela qu'il demande l'avis de M. Mello. *Etat actuel* : douleur légère, à la percussion, de la région dorso-lombaire ; amaigrissement des membres inférieurs dans lesquels on constate des plaques d'anesthésie; diminution très notable des réflexes rotuliens d'un côté, abolition de l'autre. Difficulté à se tenir debout, en partie à cause des fortes douleurs de ses membres. Tuméfaction, douleurs, rougeur de l'articulation tibio-tarsienne (on ne dit pas de quel côté) et du genou; muscles des jambes flacides et douloureux. Quelques gouttes de pus sortent de l'urèthre de C..., sans écoulement à proprement parler. *Traitement :* iodure de potassium, 2 grammes d'abord, puis 4 au bout de 8 jours ; strychnine 0,003 milligr. chaque jour. Aggravation de l'état du malade qui ne peut plus marcher et tombe comme une masse inerte, quand il veut faire quelques pas ; douleurs vésicales, dysurie, agitation, insomnie. Capsules de terpine jusqu'à 10 par jour ; bromure de potassium : 2 grammes, en se couchant. Au bout de 8 jours, amélioration de tous ces symptômes : le malade peut se tenir debout et faire quelques pas. Vingt jours

après, guérison presque complète ; il sort, marche et vaque à ses affaires, le moral relevé. Plus de plaques d'anesthésie, muscles des jambes beaucoup plus fermes. Réflexes rotuliens presque normaux. Plus d'écoulement. M. Mello pensa d'abord avoir affaire à un *tabes dorsalis* au début; mais l'amélioration rapide des phénomènes après leur apparition brusque lui a fait bientôt changer d'avis ; il fit le diagnostic de *méningo-myélite*, de cause obscure. Enfin, la lecture du travail de M. le professeur Hayem et de M. Parmentier (*Revue de médecine*, juin 1888) est venu lever ses doutes sur le jugement qu'il devait porter ; il posa alors définitivement le diagnostic : *paraplégie transitoire, suite de blennorrhagie par myélite*. Nous observerons que, d'après Vulpian, M. le professeur Charcot et d'autres, les troubles paralytiques et l'amyotrophie des membres inférieurs, notés dans le cours ou la convalescence de la blennorrhagie, s'expliquent par un réflexe partant des articulations affectées : nerfs articulaires sensitifs, cellules motrices de la moelle, nerfs moteurs et muscles. SOUZA LEITE.

Etude expérimentale sur le vertige marin; par P.-S. PAMPOUKIS (d'Athènes).

M. Pampoukis a présenté récemment à l'Académie de médecine les résultats de ses recherches expérimentales sur la pathogénie du vertige marin. Cette communication est un résumé restreint du mémoire en publication dans les *Archives de Neurologie*. — I. La plupart des animaux sont susceptibles du vertige marin, mais ils ne vomissement que rarement. — II. Des expériences faites à bord des barques composant le carrousel connu sous la dénomination « La mer sur terre » à Paris, il résulte que les chiens souffrent énormément. Tout d'abord on observe la dilatation des pupilles ; ensuite, la perte de l'équilibre, l'inappétence et le tremblement des muscles. Pour diminuer l'effet de ces symptômes, les chiens prennent une telle position que le corps s'incline en diagonale et forme un angle aigu avec la barquette. Il est à noter que c'est surtout le système céphalo-rachidien qui s'accommode dans cette nouvelle position.— III. L'auteur a fait des expériences sur des chiens et des lapins au laboratoire physiologique de la Sorbonne. Ces expériences ont eu lieu d'abord sur la table à vivisection. Ayant pris les tracés des respirations ; il a remarqué qu'elles deviennent au début du balancement plus fréquentes et moins amples ; mais peu de temps après, le contraire arrive. Pendant le balancement, les intestins ont une grande influence sur les mouvements du diaphragme. — IV. Les lapins pendant le balancement présentent à peu près les mêmes symptômes que les chiens. — V. Quand la respiration s'arrête par la faradisation des pneumnogastriques, et qu'en même temps on balance le lapin, alors, malgré la continuité de la faradisation, les respirations réapparaissent. L'auteur a obtenu les mêmes résultats par la section des pneumogastriques avec excitation de leur but central et le balancement du lapin. — VI. Il a fait construire un appareil qui donne tous les mouvements du bateau pendant la tempête. Les animaux soumis à des expériences sur cet appareil présentent les symptômes déjà mentionnés ; de plus, des bâillements, des ravalements et le plus souvent une salivation abondante. Ces symptômes sont visibles surtout pendant la descente de l'appareil en mouvement imitant l'enfoncement du bateau pendant la tempête. Pendant les expériences, la respiration s'accommode aux mouvements de l'appareil ; en augmentant la vitesse des mouvements, les respirations de l'animal augmentent proportionnellement, tandis qu'en diminuant ces mêmes mouvements on obtient le résultat contraire. Durant l'expérience, les grandes saignées générales empêchent l'apparition des symptômes et surtout des sécrétions de glandes salivaires. L'anémie prédispose à leur apparition rapide. Ayant pris simultanément les tracés des artères carotide et fémorale, l'auteur a constaté que la circulation du sang a été influencée également dans toutes les deux, par la respiration et les mouvements de l'appareil. — VII. En appliquant les résultats de ces expériences au vertige marin de l'homme, il pense que cette maladie est le résultat des mouvements spéciaux du bateau, et surtout de l'enfoncement brusque du bateau à vapeur dans les flots pendant la tempête. Par suite de ces mouvements le troubles cérébraux. On doit pourtant noter ici qu'on n'a pu cerveau subit un choc ; les organes abdominaux subissent un déplacement plus ou moins étendu, lequel agissant sur le diaphragme, influence la respiration et la circulation, d'où les prouver expérimentalement la compression du cerveau par l'affluence du liquide céphalo-rachidien, quoique par plusieurs trépanations, on ait essayé de prendre les tracés relatifs. La prédisposition individuelle joue un grand rôle dans la manifestation de la maladie ou au contraire dans l'état réfractaire de l'individu. Ainsi les neuropathes, les anémiques et les dyspeptiques souffrent plus que les autres personnes. En considérant ce qui précède, on peut définir ainsi la maladie : « Le vertige marin se manifeste chez la plupart des personnes voyageant en mer, et notamment chez les névropathes, anémiques et dyspeptiques toutes les fois que, par des mouvements spéciaux d'un navire pendant la tempête, survient soit un choc avec anémie cérébrale et ébranlement cérébelleux, soit des déplacements grands et subits des viscères abdominaux et des contractions du diaphragme avec les résultats de leur action locale ou réflexe ou par inhibition, d'où proviennent le vertige et les vomissements, symptômes essentiels de la maladie. » — VIII. Quant au traitement, voici ce qui résulte de ces expériences. Avant de s'embarquer il faut bien se serrer le ventre avec une longue et large ceinture afin d'empêcher ainsi les déplacements abdominaux pendant la tempête. Durant le voyage, il faut éviter, le plus possible, l'usage de nourriture liquide et de boissons, à seul fin de diminuer la pression du sang et les sécrétions. Mais à la rigueur on peut conseiller l'usage de deux à trois petits verres de cognac par jour. Si le vertige menace d'apparaître, pour éviter les secousses qui le déterminent, il faut se coucher à la cabine et tacher de suivre les mouvements du bateau. En même temps prendre de la cocaïne, laquelle, d'après des expériences faites par l'auteur, empêche les vomissements, mais non le vertige. Le moyen, le plus radical, pour éviter la maladie, serait de demander aux compagnies de navigation de faire faire des lits suspendus d'après le système des lampes marines.

Varices viscérales; par le Dr A. TRIPIER. (Ext. du *Bulletin général de thérapeutique*). — O. Doin, édit. 1888.

L'auteur s'est trouvé assez souvent en présence d'individus, hommes ou femmes présentant des crises douloureuses du côté des organes pelviens ou abdominaux, avec pesanteur et tension. Ces phénomènes revenaient par accès, et toutes les personnes qui en souffraient étaient porteurs en même temps de varices des membres inférieurs ou d'hémorroïdes. Ces crises douloureuses affectèrent plus particulièrement la vessie avec hématurie et dypsurie, l'utérus avec troubles du côté du foie et symptômes simulant parfois une péritonite. M. Tripier a admis dans ces cas la présence d'un état variqueux des organes malades, semblable à celui qu'on pouvait percevoir sur ceux soumis à l'examen visuel. Il a retiré un grand profit de l'usage du *Chardon Marie*, qu'il donne à l'état de teinture (20 à 25 gouttes) au moment des crises. En outre dans les troubles de l'utérus il emploie la faradisation, et dans ceux de l'urèthre chez la femme, la dilatation. La constipation chez les variqueux viscéraux est combattue avec avantage par l'aloès combinée à l'extrait de Chardon Marie. A. RAOULT.

VARIA

Faculté de médecine de Paris.

1er *Trimestre de l'année scolaire* 1888-89.

I. *Inscriptions, consignations et travaux pratiques.* — Le registre d'inscriptions sera ouvert le jeudi 11 octobre. Il sera clos le samedi 24 novembre, à 3 heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi : 1° Inscriptions de première, de deuxième et de troisième années de doctorat, — de première et de deuxième années d'officiat, les jeudi 11, vendredi 12, samedi 13, mercredi 17, jeudi 18, vendredi 19, samedi 20, mercredi 24, jeudi 25, vendredi 26, et samedi 27 octobre, et les mercredi 7, jeudi 8, vendredi 9, samedi 10 novembre. 2° Inscriptions de quatrième année de doctorat, de troisième et quatrième années d'officiat, les mercredi 14, jeudi 15, vendredi 16, samedi 17, mercredi 21, jeudi 22, vendredi 23 et samedi 24 novembre. MM. les étudiants

sont tenus de prendre le 1re inscription aux jours et heures ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et approuvés par le Conseil de la Faculté. MM. les étudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leurs inscriptions. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de 4e année de doctorat et de 3e et 4e années d'officiat (soumises au stage), ne seront distribués qu'à partir du mardi 13 novembre 1888.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, seront tenus de joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le 4e trimestre 1887-88. — Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. Ces formalités sont de rigueur : Les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

II. *Consignations pour examens.* — Les Bulletins de versement des droits de consignation pour tous les examens seront délivrés, à partir du 8 octobre, le lundi et le mardi de chaque semaine, de midi à 3 heures. En ce qui concerne le premier examen de Doctorat et les examens de fin d'année, les Bulletins de versement ne seront délivrés que le lundi 8 et le mardi 9 octobre, conformément à l'avis déjà donné au mois de juillet. Les consignations pour examens de fin d'année ne seront reçues que sur présentation d'une autorisation spéciale : Sont dispensés de cette autorisation les élèves ajournés en juillet.

III. *Travaux pratiques.* — Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs. Ils sont obligatoires pour tous les étudiants aspirant au doctorat ou à l'officiat. Ils sont facultatifs pour les étudiants ayant 16 inscriptions. Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldés en prenant l'inscription trimestrielle correspondante. Sont admis à prendre part aux travaux pratiques facultatifs, à la condition d'y être autorisés par M. le Doyen sur leur demande écrite : 1° les Etudiants ayant 16 inscriptions ; 2° les Docteurs français ; 3° les Docteurs et Etudiants en médecine étrangers à la Faculté. L'autorisation est valable pour la durée de l'année scolaire. Les droits sont de 40 fr., payables en une fois. (Des affiches ultérieures feront connaître la date d'ouverture des travaux pratiques).

IV. *Cartes d'étudiant.* — Les cartes d'étudiant, pour l'année scolaire 1888-89, seront délivrées au secrétariat de la Faculté, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et les consignations.

Asiles d'aliénés de la Seine.

Concours pour la nomination à huit places vacantes d'interne titulaire en médecine dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine (Sainte-Anne, Villejuif, Ville-Evrard, Vaucluse et le Dépôt des aliénés près la Préfecture de police. — Le lundi 10 décembre 1888, à midi précis, il sera ouvert à l'asile Sainte-Anne, rue Cabanis, n° 1, à Paris, un concours pour la nomination à huit places d'interne titulaire en médecine actuellement vacantes dans lesdits établissements.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, Pavillon de Flore, aux Tuilleries (*Bureau du Personnel*). — Entrée sous la marquise dans la cour, corridor de droite, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de *onze heures à trois heures*, depuis le jeudi 8 novembre jusqu'au samedi 24 novembre 1888, inclusivement.

Concours pour la nomination à trois places vacantes d'interne titulaire en pharmacie dans les asiles du département de la Seine (Sainte-Anne, Villejuif, Ville-Evrard et Vaucluse. — Le lundi 26 novembre 1888, à une heure précise, il sera ouvert à l'asile Saint-Anne, rue Cabanis, n° 1, à Paris, un concours pour la nomination à trois places d'interne titulaire en pharmacie vacantes dans lesdits établissements.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, bureau du Personnel, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de *onze heures à trois heures*. Le registre d'inscription sera ouvert du jeudi 25 octobre au samedi 10 novembre 1888, inclusivement.

Les maladies et les symptômes à noms propres.

L'*Union médicale du Nord-Est*, après la *Gazette médicale de Strasbourg*, a publié dans son dernier numéro un article très intéressant sur les inconvénients de désigner les maladies par des noms propres. L'auteur termine par la liste suivante qu'il nous paraît intéressant de mettre sous les yeux de nos lecteurs :

ADDISON (*kéloïde d'*). — Morphée.
ADDISON (*maladie d'*). — M. bronzée.
ALIBERT (*maladie d'*). — Mycosis fongoïde.
ARAN-DUCHENNE (*maladie d'*). — Atrophie musculaire progressive.
ASTLEY-COOPER (*hernie d'*). — H. crurale à sac multilobulé.
ARGYLL-ROBERTSON (*signe d'*). — Absence du réflexe pupillaire.
BASEDOW (*maladie de*). — Goitre exopthalmique.
BAZIN (*maladie de*). — Psoriasis buccal.
BÉCLARD (*hernie de*). — H. à travers l'orifice de la saphène.
BELL (*paralysie de*). — Paralysie de la 7e paire.
BERGERON (*maladie de*). — Chorée rythmique localisée.
BOUDIN (*loi de*). — Antagonisme de l'impaludisme et de la tuberculose.
BOYER (*kyste de*). — Kyste sous-hyoïdien.
BRIGHT (*mal de*). — Néphrite albumineuse.
BROWN-SÉQUARD (*syndrome de*). — Hémiparaplégie avec hemianesthésie du côté opposé.
CAZENAVE (*Lupus de*). — Lupus erythémateux.
CHARCOT (*maladie de*). — Arthropathie des ataxiques.
CHARCOT (*maladie de*). — Sclérose latérale amyotrophique.
CHEYNE-STOCKES (*respir. de*). — Respiration urémique.
CLOQUET (*hernie de*). — H. périnéale.
COLLES (*loi de*). — Non infection de la mère par son enfant syphilitique.
CORRIGAN (*maladie de*). — Insuffisance aortique.
CORVISART (*facies de*). — Facies asystolique.
CRUVEILHIER (*maladie de*). — Ulcère simple de l'estomac.
DONDERS (*glaucome de*). — Gl. simple atrophique.
DRESSLER (*maladie de*). — Hémoglobinurie paroxystique.
DUBINI (*maladie de*). — Chorée électrique.
DUCHENNE (*maladie de*) — Ataxie locomotrice.
DUCHENNE (*paralysie de*). — Paralysie pseudo-hypertrophique.
DUHRING (*maladie de*). — Dermatite herpétiforme.
DUPUYTREN (*hydrocèle de*). — H. en bissac.
DUPUYTREN (*maladie de*). — Rétraction de l'aponévrose palmaire.
E. WILSON (*maladie d'*). — Dermatite exfoliatrice généralisée.
EICHSTEDT (*maladie d'*). — Pityriasis versicolor.
ERB (*paralysie d'*). — P. radiculaire du plexus brachial.
ERB-CHARCOT (*maladie d'*). — Tabes dorsal spasmodique.
FOUCHARD (*maladie de*). Périostite alvéo-dentaire.
FRIEDREICH (*maladie de*). — Ataxie locomotrice héréditaire.
GERLIER (*maladie de*). — Vertige paralysant.
GIBERT (*pityriasis de*). — P. rosé.
GIBBON (*hydrocèle de*). — H. avec hernie volumineuse.
G. DE LA TOURETTE (*maladie de*). — Incoordination motrice avec écholie et coprolalie.
GOYRAND (*hernie de*). — H. inguino-interstitielle.
GRAVES (*maladie de*). — Goitre exophthalmique.
DE GRÆFE (*signe de*). — Dissociation des mouvements du globe de l'œil et de la paupière supérieure.
GUYON (*signe de*). — Ballottement rénal.
HARLEY (*maladie de*). — Hémoglobinurie paroxystique.
HEBERDEN (*rhumatisme de*). — Rh. des petites jointures avec nodosités.
HEBRA (*maladie de*). — Erythème polymorphe.
HEBRA (*pityriasis de*). — P. rubra chronique.
HEBRA (*prurigo de*). — Pr. vrai idiopathique.
HENOCH (*purpura de*). — P. avec symptômes intestinaux.
HESELBACH (*hernie de*). — H. crurale à sac multilobulé.
HIPPOCRATE (*faciès de*). — Facies agénique.
HODGKIN (*maladie de*). — Adénie.
HOGDSON (*maladie de*). — Athérome de l'aorte.
HUGUIER (*maladie de*). — Fibro-myomes utérins.
HUTCHINSON (*dent de*). — Dent syphilitique (échancrure semi-lunaire du bord libre).
HUTCHINSON (*triade de*). — Echancrure dentaire ; Kératite interstitielle ; otite (syphilis hérédit).
JACOB (*ulcère de*). — Ulcère cancroïdal.
JACKSONIENNE (*épilepsie*).— Ep. partielle.
KAPOSI (*maladie de*). — Xéroderma pigmentosum.
KOPP (*asthme de*). — A. thymique ; spasme de la glotte.
KRONLEIN (*hernie de*). — H. inguino-propéritonéale.
LAENNEC (*cirrhose de*). — C. atrophique.
LANDRY (*maladie de*). — Paralysie ascendante aiguë.
LAUGIER (*hernie de*). — H. à travers le ligament de Gimbernat.
LEBER (*maladie de*). — Atrophie optique héréditaire.
LEVRET (*loi de*). — Insertion marginale du cordon avec placenta prœvia.
LITTRE (*hernie de*). — H. diverticulaire.
LUDWIG (*angine de*). — Phlegmon sus-hyoïdien infectieux.
MALASSEZ (*maladie de*). — M. kystique du testicule.

MÉNIÈRE (*maladie de*). — Vertige labyrinthique.
MILLAR (*asthme de*). — Laryngite striduleuse.
MORAND (*pied de*). — P. à huit orteils.
MORVAN (*maladie de*). — Parésie analgésique des extrémités.
PAGET (*maladie de*). — Eczéma précancereux du mamelon.
PAGET (*maladie de*). — Ostéite déformante hypertrophique.
PARROT (*maladie de*). — Pseudo-paralysie syphilitique.
PARROT (*signe de*). — Dilatation de la pupille par pincement de la peau (méningite).
PARKINSON (*maladie de*). — Paralysie agitante.
PARRY (*maladie de*). — Goitre exophthalmique.
PAVY (*maladie de*). — Albuminurie intermittente.
PETIT (*hernie de* J.-L.). — H. lombaire.
POTT (*anévrisme de*). — An. par anastomose.
POTT (*fracture de*). — Fr. du péroné, par divulsion.
POTT (*mal de*). — Ostéite vertebrale.
RAYNAUD (*maladie de*). — Asphyxie symétrique des extremités.
RECLUS (*maladie de*). — Maladie kystique de la mamelle.
RICHTER (*hernie de*). — Enterocèle pariétale.
RIVOLTA (*maladie de*). — Actinomycose.
ROMBERG (*signe de*). — Vacillation des ataxiques dans l'obscurité.
ROSENBACH (*signe de*). — Abolition du réflexe abdominal.
SALAAM (*tic de*), — Salutation convulsive.
SÆMISCH (*ulcère de*). — Ul. infectieux de la cornée.
STORK (*blennorrhée de*). — Bl. des voies respiratoires supérieures.
STOKES (*loi de*). — Paralysie des muscles sous-jacents aux séreuses et aux muqueuses enflammées.
SYDENHAM (*chorée de*). — Ch. vulgaire.
THOMSEN (*maladie de*). — Spasme musculaire au début des mouvements volontaires.
TORNWALD (*maladie de*). — Inflammation de la glande pharyngienne de Luschka.
VELPEAU (*hernie de*). — H. crurale en avant des vaisseaux.
VOLKMANN (*difformité de*). — Luxation congénitale tibio-tarsienne.
WARDROP (*maladie de*). — Onyxis malin.
WEIL (*maladie de*). — Typhus abortif avec ictère.
WELS (*facies de Sp.*). — Facies ovarien.
WERLHOFF (*maladie de*). — Purpura hémorrhagica.
WESTPHAL (*signe de*). — Abolition du réflexe rotulien.
WILLAN (*lupus de*). — L. à forme tuberculeuse.
WINCKEL (*maladie de*). —Cyanose pernicieuse des nouveau-nés.

On n'a rapporté ici que les maladies le plus communément cité dans la littérature médicale ; nous n'ignorons pas qu'il y en a bien d'autres encore.

Une infortune à soulager.

Le 6 août dernier, la *Gazette des Hôpitaux* publiait l'avis suivant : « On nous signale une grande infortune, qui vient de frapper la famille d'un de nos confrères. Dans l'exercice de ses fonctions, M. le Dr Fichou est blessé au genou. Seul et sans secours, notre malheureux confrère pare aux premiers accidents. Mais les malades l'appellent : n'écoutant que son cœur, il ne veut pas les abandonner. Il oublie que le repos lui est absolument nécessaire. Le mal ne tarde pas à faire des progrès et, c'est sur un lit de nos hopitaux, à Paris, qu'à la suite d'une amputation, notre infortune confrère succombe, laissant une veuve et des enfants dans le plus profond dénuement. Voilà bien le moment de nous souvenir des devoirs que nous impose la confraternité medicale. Si nos lecteurs partagent notre sentiment, nous les prions d'adresser directement leur obole à la veuve de notre confrère : *Madame veuve Fichou, a Erquy* (*Côtes-du-Nord*). La situation que nous venons d'exposer est des plus douloureuses : elle demande un prompt secours et souvenons-nous du vieux proverbe : « Qui tost donne deux fois donne. » La semaine suivante, dans le *Concours médical*, on lisait : « *Madame veuve Fichou nous informe du résultat de la souscription ouverte en sa faveur ; en nous chargeant d'adresser ses chaleureux remerciments aux membres du Concours qui ont répondu à notre appel, elle nous informe que le second et le troisieme avis lui ont procuré plus de souscriptions que le premier. C'est pourquoi nous croyons devoir le répéter une dernière fois à l'intention de ceux de nos lecteurs pour lesquels il aurait pu passer inaperçu.* »

A notre tour, nous croyons devoir attirer de nouveau l'attention de nos confrères sur cette grande infortune. Madame veuve Fichou, qui reste sans ressources, est absolument digne de tout ce qui peut être fait pour elle. Elle a rempli, pendant 13 ans, les fonctions de clerc de notaire dans une petite ville de Bretagne et a pu ainsi élever ses *treize* frères et sœurs ! Nos lecteurs ne resteront pas insensibles et voudront contribuer à soulager cette grande misère. Nous les supplions donc de ne pas oublier Madame veuve Fichou et de lui adresser directement leur obole.

Plâtrage des vins.

On connaît le vote récemment émis par l'Académie de médecine et fixant à l'unanimité la limite de tolérance du plâtrage des vins, condamné en principe, à deux grammes de sulfate de potasse par litre. Les intéressés du Midi de la France, qui ont tant crié à ce propos, ont tant fait qu'un délai d'un an a été récemment accordé aux marchands de vins en gros pour qu'ils puissent en toute sécurité se débarrasser de leurs produits plâtrés, actuellement en magasins. — Et il en sera probablement tous les ans ainsi ! Car les méridionaux parlent beaucoup, et, lorsqu'il s'agit de leurs intérêts personnels, ils savent (leurs représentants surtout) se remuer encore davantage. Que leur importe, si les estomacs du Nord ou d'Amérique se trouvent mal de leurs vins plâtrés ! Ils sont plus forts que çà, les gasters du Midi. A peine étaient-ils Romains, ces braves habitants de la Provence, qu'ils plâtraient déjà. Est-on assez précoce sur les bords de la mer bleue ? « Nous voilà bientôt au XXe siècle, et nous sommes encore vivants, affirment-ils, malgré l'usage de vins bien plâtrés ! Qu'a-t-on à répondre à cet argument ? » Certainement, dans la patrie de l'aioli, à prendre beaucoup d'*aux*, on supporte toute sorte de vins !

Le *Comité consultatif d'hygiène* a donné bien des fois son avis sur cette question. Depuis des années (1), — bientôt 8 ans, — il est bien entendu qu'il faut poursuivre ceux qui continuent à vendre des vins ainsi raccommodés, si bien emballés, comme on dit là-bas au pays du soleil, qu'ils peuvent être transportés sans crainte aux Etats-Unis. Ils seraient capables d'aller sans avarie dans la lune, parole d'honneur, à les entendre ces enragés fabricants ! Rien n'y fait. Et puis, l'*Académie de* MONTPELLIER (2) les soutient, défend leurs idées et leur sulfate. Et elle s'y connaît, celle-là, n'est-ce pas ?

Le Français est né malin, c'est certain ; mais le Provençal veut l'être plus encore. Vous allez voir : ce qui l'intrigue, c'est de savoir comment il devra faire bientôt pour arriver à pouvoir mettre dans son vin les 2 grammes de sulfate de potasse tolérés, car il est bien décidé à ne pas céder un pouce... du précieux adjuvant aux décrets.., futurs d'ailleurs. Comment lui faudra-t-il procéder pour ne pas dépasser ce chiffre ? « Comment, nous disait l'un deux, pourra-t-on nous forcer à faire du vin qui ne contienne que 2 grammes de sulfate de potasse par litre, si MM. les savants ne nous indiquent pas la façon de plâtrer à deux grammes exactement. Nous ne connaissons pas de procédé pratique applicable à tous les cas, à toutes les récoltes de raisin, etc., etc. » Voyez-vous d'ici les dits savants passés maitres comme fabricants de boissons frelatées ! Se trouvera-t-il un chimiste pour fournir une réponse ? Il soulagerait l'esprit, aujourd'hui à la torture, d'un brave homme, d'un finot commerçant qui nous a posé ainsi cette question, en prévision de l'avenir. Ce serait une bonne action que de lui donner conseil, à lui qui ne demande qu'à s'instruire..., pour ne rien perdre de la tolérance accordée par l'Académie (3). M. B.

Maladies contagieuses des animaux au point de vue de l'hygiène.

On sait qu'un decret du president de la Republique en date du 28 juillet 1888 a rangé le charbon symptomatique ou emphysémateux et la tuberculose dans l'espèce bovine, le rouget et la pneumo-entérite dans l'espèce bovine, au nombre des maladies contagieuses auxquelles s'appliquent les dispositions de la loi du 21 juillet 1881 et le décret du 22 juin 1882 sur la police sanitaire des animaux. Le ministère de l'agriculture a rédigé pour l'application du nouveau décret des instructions que la préfecture de police a portées ces jours-ci à la connaissance des maires et commissaires de police de la ville de Paris et des communes de son ressort. Voici quelles sont les prescriptions les plus importantes de ce document : Dans les cas de charbon (sang de rate, fièvre charbonneuse) ou charbon

(1) Dès 1860, le savant professeur de botanique, Payen, dans un bel article de la *Revue des Deux-Mondes* (T. IV), disait son fait au platrage.

(2) L'imprimeur du *Progrès* n'a pas de caractères assez gros ; ceux-là ne donnent pas une idée suffisante de l'importance du mot dans cette phrase. Que le lecteur nous pardonne.

(3) Nous reconnaissons avec plaisir que quelques viticulteurs sérieux du Midi ont résolu de ne plus employer le platrage ; mais qu'ils sont rares ! Nous n'essayerons pas de les compter ; ce serait trop facile.

symptomatique, on mettra sous la surveillance du vétérinaire sanitaire les animaux parmi lesquels la maladie aura été constatée, ainsi que les locaux, herbages, etc., où ils se trouvent. Cette surveillance cesse quinze jours après la disparition du dernier cas de maladie. Dès qu'un animal est reconnu malade il est isolé. Les cadavres d'animaux malades sont détruits en totalité ou enfouis, ainsi que les litières ou fourrages souillés. Tous les locaux où ils auront séjourné sont désinfectés. Il est interdit de hâter la mort des animaux atteints du charbon par effusion de sang. Les propriétaires qui voudront mettre en œuvre l'inoculation préventive devront en faire préalablement la déclaration au maire de la commune. Des mesures analogues sont prescrites pour la surveillance et l'isolement des animaux atteints de tuberculose. Les viandes de ces animaux sont exclues de la consommation et doivent être détruites. Le lait pourra être utilisé sur place pour l'alimentation des animaux après avoir été bouilli; les peaux ne pourront être utilisées qu'après désinfection. En ce qui concerne le *rouget* ou *pneumo-entérite* infectieuse, lorsqu'il est constaté dans une commune, le préfet prend un arrêté portant déclaration d'infection, qui entraîne la mise en quarantaine des locaux, la surveillance par le vétérinaire, l'interdiction d'abattre les porcs, sans en donner préalablement avis à l'autorité municipale. Les animaux atteints sont soumis à un isolement rigoureux. Les personnes mises en contact avec eux pour les soigner ou les enfouir après leur mort sont soumises à des mesures de désinfection, etc. Lorsque le rouget prend un caractère envahissant, la circulation et l'exposition des porcs dans les marchés est interdite. La déclaration d'infection ne peut être levée que lorsqu'il s'est écoulé un délai d'un mois sans qu'il se soit produit un nouveau cas de rouget; elle peut, par exception, être levée immédiatement après la désinfection si tous les animaux qui se trouvaient dans les locaux déclarés infectés ont été abattus. La constatation des diverses maladies que nous venons d'énumérer charbon, rouget, etc., dans les arrivages par terre ou par mer, entraîne l'abatage des animaux malades. Les animaux, exposés de ce fait à la contagion, sont repoussés après avoir été marqués, à moins que le propriétaire ne consente à ce qu'ils soient sacrifiés sur place pour la boucherie. Lorsque le charbon ou le rouget est constaté sur un champ de foire, les animaux malades sont mis en fourrière et sequestrés, leurs cadavres sont enfouis ou livrés sous la surveillance d'un gardien spécial à l'équarrissage. Lorsque la tuberculose est constatée sur un marché, les animaux malades sont renvoyés dans leur commune d'origine, à moins que le propriétaire ne préfère les faire abattre.

Les enfants assistés de Bordeaux aux Thermes de Dax.

Dans notre dernier numéro, nous avons annoncé que l'administration des Enfants-Assistés de Bordeaux avait résolu d'envoyer à Dax les malades qu'elle adressait jadis à Salies-de-Béarn. Les délégués de l'administration des hôpitaux de Bordeaux, MM. Lanusse, Delpech et les Drs Négrié et Piéchaud, médecins des hôpitaux, sont venus il y a quinze jours à Dax pour se rendre compte des dispositions adoptées; ils n'ont pas dissimulé leur satisfaction à la Société des Thermes. Le soir, à un dîner offert aux délégués, M. le Dr DELMAS, président de la Société des Thermes, a le premier pris la parole et a prononcé le discours suivant :

Messieurs,

« Au nom de l'administration des Thermes, je souhaite la bienvenue à M. Proust, l'éminent professeur d'hygiène de la Faculté de Paris et inspecteur général de France. C'est un grand honneur pour les Thermes de le recevoir ici, et qu'il nous permette d'espérer que sa présence sera un gage de succès pour l'avenir thermal de Dax. Je tiens également à adresser mes souhaits à M. Lanusse, administrateur de l'hospice des Enfants-Assistés de Bordeaux. Nous avons la bonne fortune de posséder en ce moment ses petits protégés, et nous devons en grande partie à sa sollicitude paternelle pour eux la création d'un petit hospice thermal qui, nous l'espérons, rendra les plus grands services, grace au concours dévoué de nos deux collaborateurs, MM. les Drs Barthe de Sandfort et Albert Larauza, médecins des Thermes. Qu'il me soit permis aussi d'associer à cette œuvre modeste M. Milliès-Lacroix, maire de Dax. Sa sollicitude pour le développement de la station nous est bien connue, et nous avons confiance dans son esprit de justice et d'équité pour favoriser indistinctement toutes les bonnes volontés et toutes les créations thermales de Dax. Je vous propose donc, Messieurs, de porter un toast au savant professeur Proust, au dévoué administrateur des hospices de Bordeaux, Lanusse, et à notre sympathique maire, Milliès-Lacroix. »

Puis la série des toasts a commencé. M. le Dr A. Larauza a souhaité la bienvenue à ses anciens maîtres de Bordeaux. M. Milliès-Lacroix a renouvelé ses promesses de concours bienveillant pour toute œuvre thermale de notre station. MM. Béquet, conseiller d'Etat; Vital, ingénieur des mines; MM. les Drs Négrié et Barthe de Sandfort ont chacun, au point de vue de leurs études personnelles, salué l'aurore d'une prospérité nouvelle pour notre station thermale.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 23 sept. 1888 au samedi 29 sept. 1888, les naissances ont été au nombre de 1165, se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 416 ; illégitimes, 159. Total, 575. — *Sexe féminin :* légitimes, 424 ; illégitimes, 166. Total, 590.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 23 sept. 1888 au samedi 29 sept. 1888, les décès ont été au nombre de 873, savoir : 447 hommes et 426 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 5, F. 5. T. 10. — Variole : M. 1, F. 0, T. 1. — Rougeole : M. 8, F. 4. T. 12. — Scarlatine : M. 4, F. 1, T. 5. — Coqueluche : M. 1, F. 2. T. 3. — Diphthérie, Croup : M. 5, F. 8, T. 13. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 107, F. 79. T. 186. — Autres tuberculoses : M. 8, F. 14. T. 22. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 7. T. 8. — Tumeurs malignes : M. 12, F. 34. T. 46. — Méningite simple : M. 15, F. 8, T. 33. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 17, F. 15. T. 32. — Paralysie : M. 0, F. 4. T. 4. — Ramollissement cérébral : M. 1, F. 3. T. 4. — Maladies organiques du cœur : M. 16, F. 27. T. 43. — Bronchite aiguë : M. 6, F 13 T. 19. — Bronchite chronique : M. 19, F. 5. T. 24. — Broncho-Pneumonie : M. 4, F. 12. T. 16. — Pneumonie : M. 19. F. 22. T. 41. — Gastro-entérite, biberon : M. 70, F. 41. T. 111. — Gastro-entérite, sein : M. 17, F. 12. T. 29 — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 4, F. 3. T. 7. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3. T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2. T. 2. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 6. F. 7, T. 13. — Sénilité : M. 5, F. 21. T 26. — Suicides : M. 4, F. 4, T. 8. — Autres morts violentes : M. 7. F. 3. T. 10. — Autres causes de mort : M. 80, F. 58. T. 138. — Causes restées inconnues : M. 5, F. 9, T. 14.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 101, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 46, illégitimes, 15. Total : 61. — *Sexe féminin :* légitimes, 30; illégitimes, 10. Total : 40.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. *Travaux pratiques d'histologie.* Année scolaire 1888-1889 (1er semestre). Direction de M. REMY, agrégé chef des travaux. — Le laboratoire des travaux pratiques d'histologie (école pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine) sera ouvert tous les jours, à partir du mardi 23 octobre 1888, de 1 heure à 4 heures de l'après-midi. Les travaux pratiques d'histologie sont *obligatoires, pendant le semestre d'hiver, pour tous les étudiants de troisième année.* Des lettres de convocation seront adressées au domicile de MM. les étudiants.

Médecine opératoire (*Cours d'automne*). (*Ecole pratique.*) — M. le Dr BROCA, prosecteur, assisté d'aides d'anatomie, fera, à partir du mardi 26 octobre 1888, une série de démonstrations opératoires suivies d'exercices pratiques. Ce cours ne pourra comprendre plus de 48 élèves. Il est spécialement destiné aux étudiants que les circonstances obligent à passer prochainement leur examen pratique de médecine opératoire. MM. les étudiants qui désirent suivre ce cours devront se présenter le plus tôt possible, à partir du mercredi 18 octobre, à l'école pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, de 1 heure à 4 heures, au bureau du chef du matériel, qui leur donnera les renseignements nécessaires.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS — *Statistique pour 1888* — Voici quel a été le mouvement de la Faculté de médecine de Paris pendant l'année scolaire 1887-1888. 373 élèves ont été reçus docteurs en médecine. Ce chiffre se décompose de la manière suivante : Français (H.), 321. Etrangers (H.), 50. Françaises, 1 (Mme Sollier-Dubois). Etrangères, 1. En outre ont été reçus officiers de santé : Français (H.), 10. Hommes en cours d'études à la fin de l'année scolaire 1887-88 : 3,668. Les étrangers appartiennent aux nationalités suivantes : Allemagne, 4 ; Amérique, 131 ; Angleterre, 34 ; Australie, 1 ; Autriche, 4 ; Belgique, 4 ; Bulgarie, 3 ; Danemark, 1 ; Egypte, 9 ; Espagne et colonies, 41 ; Grèce, 19 ; Hollande, 4 ; Hongrie, 1 ; Italie, 8 ; Norwège, 1 ; Perse, 1 ; Portugal, 10 ; Roumanie, 68 ; Russie, 136 ; Serbie, 18 ; Suède, 1 ; Suisse, 18 ; Turquie, 56 ; Femmes : 114. Françaises 12 (10 aspirantes au doctorat, 2 à l'officiat de santé) ; Américaines, 1. Mme Déjerine-Klumpke, (la seule femme qui soit arrivée jusqu'ici à l'internat des hôpitaux de Paris) ; Anglaises, 8 ; Autrichiennes, 1 ; Grecques, 1 ; Russes, 90 (presque toutes sont polonaises) ; Turquie, 1. Rigoureusement, la nationalité des femmes est assez

difficile à préciser, quelques-unes ayant changé de nationalité par suite de leur mariage.

ECOLE MUNICIPALE D'INFIRMIÈRES DE LA SALPÊTRIÈRE. — Directeur de l'Enseignement : Dr BOURNEVILLE. L'Ecole municipale d'Infirmières de la Salpêtrière ouvrira ses Cours professionnels le mercredi 10 octobre, à 8 heures du soir. L'enseignement comprend les cours suivants : Cours d'administration : M. Le Bas ; — Eléments d'anatomie : M. le Dr Gautiez ; — Eléments de physiologie : M. le Dr P. Loye ; — Pansements : M. le Dr Poirier ; — Soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés : M. le Dr Budin ; — Hygiène : M. le Dr Féré ; — Petite pharmacie : M. Yvon.— Les dames qui veulent suivre les cours professionnels de l'Ecole de la Salpêtrière, doivent se faire inscrire à l'hospice de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, bureau de la Direction, de 8 heures du matin à midi.

ECOLE MUNICIPALE D'INFIRMIÈRES DE LA PITIÉ. — Directeur de l'Enseignement : M. le Dr BOURNEVILLE. L'Ecole municipale d'Infirmières de la Pitié ouvrira ses Cours professionnels le lundi 8 octobre, à 8 heures du soir. L'enseignement comprend les cours suivants : Cours d'administration : M. Pinon ; — Eléments d'anatomie : M. Louis ; — Eléments de physiologie : M. le Dr P. Regnard : — Pansements : M. le Dr Ch. H. Petit-Vendol ; — Soins à donner aux femmes en couches et aux enfants nouveau-nés : M. le Dr Maygrier ; — Hygiène : M. le Dr Gilles de la Tourette ; — Petite pharmacie : M. Yvon.— Les dames qui veulent suivre les cours professionnels de l'Ecole de la Pitié, doivent se faire inscrire à la Pitié, 1, rue Lacépède, bureau de la Direction, de 8 heures à midi.

ECOLE DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — Un concours s'ouvrira le 15 avril 1889, pour une place de chef des travaux de physiologie et d'anatomie. — Un autre concours s'ouvrira le 1er avril de la même année à la Faculté de médecine de Bordeaux pour une place de suppleant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école de Toulouse.

ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS. — *Dons*. — Le Directeur de l'Assistance publique est autorisé à accepter le legs éventuel fait par Mlle Simonet de Maison-Neuve (testament du 6 mai 1884), aux termes duquel son domaine du Serret sera attribué à l'Assistance publique pour en faire un hôpital de vieillards, si Mlle Philippi ne l'habite pas pendant 6 mois au moins. — M. Eug. Kohn vient d'adresser au directeur de l'Assistance publique une somme de 3,000 fr., en faveur des écoles de Montevrain et de Villepreux

ASILE D'ALIÉNÉS DE DÔLE. — Il y a une place d'interne vacante dans l'asile. Il faut avoir au moins 10 inscriptions. Avantages : 800 francs, logé, chauffé, éclairé et blanchi. S'adresser à M. le Dr Bécoulet, médecin en chef, directeur.

CONGRÈS MÉDICAL INTERCOLONIAL. — Ce Congrès doit avoir lieu à Melbourne en 1889.

BIBLIOTHÈQUES DES FACULTÉS. — La commission du budget, a également réduit à 200,000 francs le crédit affecté aux bibliothèques et collections des Facultés. Cette réduction compense l'augmentation du crédit qui résulte de ce fait, que les Facultés de médecine de Lyon et de Lille, vont désormais être à la charge exclusive de l'Etat, les contrats avec les deux villes pour l'entretien à frais communs de ces Facultés étant arrivés à expiration. — Nous regrettons très-vivement, pour notre part, une semblable réduction. Nos bibliothèques, en particulier celle de la Faculté de médecine de Paris, sont insuffisamment dotées. Aussi ne peuvent-elles pas se procurer la plus grande partie des ouvrages les plus importants qui paraissent soit en France, soit à l'étranger. Il nous semble qu'il serait possible de faire des réductions mieux justifiées.

BUSTE DE BRÉANT. — On a procédé récemment à Ajou (Eure), à l'inauguration du buste de Bréant, le créateur du prix de 100,000 fr. qui porte son nom, prix auquel, comme on le sait, aspire en ce moment le Dr Gamaleïa, d'Odessa, l'auteur du travail sur la vaccination du choléra, que M. Pasteur a lu à l'Institut. Ce buste porte l'inscription suivante : « Dans cette commune est né, le 26 octobre 1774, Jean-Robert Bréant, ancien commissaire général des Monnaies, officier de la Légion d'honneur, auteur d'importants travaux scientifiques et industriels, fondateur d'un prix de 100,000 francs pour la guérison du choléra. Erigé par la Société libre de l'Eure (section de Bernay, 1888). L'association normande qui a pris cette initiative, procédera prochainement à l'inauguration d'un buste de Daviel, l'inventeur de l'opération de la cataracte (*France méd.*).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. *Conseil d'hygiène de France.* — Sur la proposition du Comité consultatif d'hygiène publique de France, le ministre du commerce et de l'industrie a décerné les récompenses suivantes aux personnes ci-après désignées, qui se sont distinguées par leur participation dévouée aux travaux du Conseil d'hygiène publique et de salubrité pendant les années 1884 et 1885. — *Médaille d'or* : MM. les Drs Arnould (Nord), Gibert (Seine-Inférieure) ; — *Médailles de vermeil* : MM. les Drs Chartier (Loire-Inférieure) ; Bancel (Seine-et-Marne) ; Paris (Seine-et-Oise); Rampal (Bouches-du-Rhône). MM. les pharmaciens Andouard (Loire-Inférieure) ; Hébert (Côte-d'Or) ; — *Médailles d'argent* : MM. les Drs Jablonski (Vienne) ; rappel : Bertin-Sans (Hérault) ; Liétard (Vosges). MM. les pharmaciens : Bardy (Vosges) ; Brulé (Sarthe) ; Rabourdin (Loiret), rappel ; Barnsby (Indre-et-Loire) rappel ; Gebhart (Vosges) rappel ; — *Médailles de bronze* : MM. les Drs Pujos (Gers) ; Grellet (Puy-de-Dôme) ; Lécuyer (Aisne) ; Gounaud (Doubs) ; Lhuissier (Ille-et-Vilaine) ; Marfan (Aude) : de Font-Réaulx (Haute-Vienne). — *Officiat d'académie*. — M. le Dr LÉGÉE (d'Abbeville).

EPIDÉMIE. *Fièvre jaune*. — L'épidémie de fièvre jaune de La Floride augmente encore. Beaucoup de médecins sont eux-mêmes atteints. Partout on prend des mesures énergiques. Les personnes qui fuient les villes se réfugient dans des camps installés à cet effet.

ERRATUM. — L'article que nous avons publié, dans le numéro 37, p. 188, sous le titre : *Syphilides secondaires de la bouche*, etc., est dû au Dr S. ROSOLIMOS, dont le nom avait été dénaturé par suite d'une faute d'impression.

HYGIÈNE SCOLAIRE. — M. le ministre de l'instruction publique vient d'enjoindre aux proviseurs des lycées d'avoir à modifier la répartition des heures de travail et de récréation. C'est la fameuse question du *surmenage intellectuel* qu'aujourd'hui on va commencer à traiter pratiquement.

HYGIÈNE. *Eaux des Casernes*. — Toutes les casernes de Paris vont être pourvues d'eau de source. Très probablement, sous peu, toutes les casernes des autres villes de France seront alimentées de la même façon.

NOUVEAU PROCÉDÉ POUR LA DESTRUCTION DES CADAVRES. — Un médecin de Pittsbourg, nommé Cooper, vient de faire patenter un procédé de son invention permettant de réduire un cadavre humain en une petite masse solide, complètement inaltérable, inodore et qui présente l'aspect du marbre. Cette transformation s'obtient au moyen de la compression du cadavre à une très haute température. Le corps d'un adulte peut être réduit par ce procédé en un morceau de matière compacte de douze à quinze pouces de diamètre. L'inventeur a sur son bureau les restes d'un enfant réduit en une masse d'aspect élégant et en forme de croix. Une Société commerciale est en train de se former dans le but d'exploiter le procédé du Dr Cooper, procédé qui, paraît-il, est appelé à remplacer avec avantage la crémation. (*Tribune méd.*).

REVUE PHILOSOPHIQUE. — Sommaire du numéro d'octobre 1888 (13e année). — JANET (Paul) : Introduction à la science philosophique. III. La science et la croyance en philosophie. — B. BOURDON : L'évolution phonétique du langage. — Th. FERNEUIL. Nature et fins de la société. — Revue générale. — Analyses et comptes rendus. — Correspondance. Abonnements ; un an, Paris, 30 fr.; départements et étranger, 33 fr.; la livraison, 3 fr. — Félix ALCAN, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain, Paris.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — La Société de Biologie reprendra ses séances hebdomadaires à partir du samedi 6 octobre.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr JOBERT (d'Alger).

Albuminate de fer soluble (*Liqueur de Laprade*) le plus assimilable des ferrugineux (Pr Gubler). Une cuillerée à chaque repas. Chlorose et troubles de la menstruation, c'est le fer gynécologique par excellence.

Chronique des hôpitaux.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — Service de M. le Dr OLLIVIER, visite à 9 heures. — Salle Gillette : n° 5, périostite consécutive à la fièvre typhoïde ; 6, Pleurésie purulente interlobaire ; 8, Coqueluche ; 11, Herpès labial ; 3, 13, 27, Fièvres typhoïdes ; 17, tuberculose ganglionnaire consécutive à la rougeole ; 18, Paralysie infantile ; Monoplégie du membre supérieur ; 19, Syphilides cutanées graves ; 21, Paralysie infantile des deux membres inférieurs (forme paraplégique) ; 26, 28, chorées ; 30, rhumatisme de l'épaule droite ; 39, péritonite tuberculeuse.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard St-Germain.

AUBRY (P.). — La contagion du meurtre. Etude d'anthropologie criminelle. Volume in-8 de 184 pages.

GARNIER (P.). — Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales (1887). Volume in-18 de 534 pages. — Prix : 7 fr.

Librairie ARMAND COLIN et Cie
5, rue de Mézières, 5

LIARD (L.). — L'enseignement supérieur en France, 1789-1889, Tome I : Les Universités en 1789. Volume in-8° de 474 pages.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. (16e session). — Toulouse 1887. Volume in-8° cartonné de 1092 pages, avec 27 planches hors texte, avec figures. — Paris, 1888. — Au secrétariat de l'Association, 28, rue Serpente.

GAUTHIER (G.). — Quelques considérations sur la maladie de Parkinson, Brochure in-8° de 16 pages. Extrait du *Lyon médical*. — Lyon, 1888.

JUDSON (A.-B.). — The american hip-splint. Brochure in-8° de 4 pages. — New-York, 1888. — Chez l'auteur, 4, East Twenty-fifth st.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils,
19, rue Hautefeuille.

CHABANNES (R.). — Traitement de la dyspnée par les inhalations d'acide carbonique. Brochure in-8 de 72 pages. — Prix : 2 fr.

MURRELL (W.). La pratique du massage. Traduit par O. JENNINGS, avec une introduction par DUJARDIN-BEAUMETZ. Volume in-18 de 168 pages. — Prix : 2 fr.

RAFIN. — Etude clinique sur le massage, appliqué au traitement des fractures juxta-articulaires. Brochure in-8 de 46 pages. — Prix : 1 fr. 50.

TAVARES. — Le nerf intermédiaire de Wrisberg, à propos des communications de M. Vulpian. Brochure in-8 de 56 pages. — Prix :

ASSOCIATION DES MÉDECINS du département d'ALGER, agrégée à l'Association générale en 1863. — Assemblées générales des 8 janvier et 21 mai 1887. — Séance de Bureau du 2 juillet 1887. Brochure in-8 de 38 pages. Assemblées générales des 8 janvier et 4 février 1888. Brochure in-8 de 53 pages. — Alger, 1888. — A. Jourdan.

BORSARI (C.). — Tre casi di paralisi pseudo-ipertrofica in tre Fratelli. Brochure in-8 de 26 pages. — Napoli, 1888. — Detken.

Librairie O. BERTHIER 104, boulev. St-Germain

HUCHARD (H.). — Quand et comment doit-on prescrire la digitale. Volume in-8° de 136 pages.

AUGAGNEUR (V.). Pathogénie et traitement de la kérato-conjonctivite phlycténulaire (ophthalmie des scrofuleux). Brochure in-8° de 30 pages.

DONDERS-JUBILÉUM. — Nederlandsch Tijdschrift voor geneeskunde. Volume in-8° de 546 pages, avec 17 planches et figures. — Amsterdam, 1888. — Van Rossen.

KLEIN. — De la circoncision. Etude critique du procédé traditionnel israélite et manuel opératoire. Brochure in-8 de 16 pages. — Paris, 1888. — A. Durlacher.

LE COMTE (C.). — Annuaire médical de la Belgique et législation médicale. Volume in-8° de 354 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Bruxelles, 1888. — Office pharmaceutique et médical de la Belgique.

PERNAL (F.). — De l'utilité et des dangers de l'hypnotisme. Brochure in-8° de 57 pages. — Bruxelles, 1888. — F. Hayez.

Twenty-fourth report of the Trustees of the City Hospital Boston, with reports of the superintendents and medical and surgical staff, Rules for admissions and discharges, prospectus of training-school for nurses, etc. (1887). Brochure in-8° de 99 pages. — Boston, 1888. — Rockwile and Churchill.

FRAIPONT (F.). — Pyosalpingite double. Laparatomie. Extirpation des trompes utérines. Guérison. Brochure in-8° de 18 pages. — Liège, 1888. — Imprimerie Vaillant-Carmane.

FREUD (S.). — Aus dem J. offent lichen Kinderkrankeninstitute in Wien. — II Ueber Hemianopsie in fruhesten Kindesalter. Brochure in-8° de 15 pages. — Wien, 1888. — *Wr. Med. Wochenschr.*

MARINA (A.-R.). — Paramioclono multiplo e spasmi muscolari idiopatici. Brochure in-8° de 27 pages. — Reggio Nell'Emilia, 1888. — Tipografia Calderini e Figlio.

ROQUER Y CASADÉSUS. — Los progresos realizados en laringologia constituyen un adelanto positivo para la medicina. Brochure in-4° de 24 pages. — Barcelona, 1888. — Imprenta F. Sanchez.

RUBIO (B.). — La medicacion nitro-genada por las aguas azoadas artificialmente. Brochure in-8° de 32 pages. — Barcelona, 1888. — Tipografico. « La Academia ».

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

PEYRAUD. — Sur la création de laboratoires thermaux. Brochure in-8 de 16 pages.

Librairie LECROSNIER et BABÉ, 23, Place de l'Ecole de Médecine.

BOURDILLON (Ch.). — Psoriasis et arthropathies. Volume in-8° de 260 pages, avec 3 planches. — Prix . . . . 5 fr. »

GRASSET (M.-L.). — Leçons sur l'hystéro-traumatisme. Recueillies et publiées par L. BOURQUET. Brochure in-8° de 37 p.

JOURNIAC (A.). — Recherches cliniques sur le délire hypocondriaque (valeur séméiologique). Brochure in-8° de 90 pages. — Prix . . . . 2 fr. 50

LAMIOT (M.). — De la situation des fœtus et de la disposition des œufs dans les cas de grossesse gémellaire. Brochure in-8° de 144 pages, avec figures dans le texte. — Prix . . . . 3 fr. 50

MARTIN (G.). — Nouvelles études sur les contractions astigmatiques (croissants de la papille, migraine et migraine ophthalmique). Brochure in-8° de 68 pages. — Prix . . . . 2 fr. 50

POUILLET. — Etude médico-philosophique sur les pertes séminales involontaires (spermatorrhée). Volume in-18 de 247 pages. Prix . . . . 3 fr. 50

SCHULE (H.). — Traité clinique des maladies mentales. 3e édition, traduite par les Drs J. DAGONET et DUHAMEL. Revue et augmentée par l'auteur. Préface du Dr H. DAGONET. — 2e fascicule, un volume in 8° de 287 pages. — Prix : 5 francs. — Prix de l'ouvrage complet . . . . 9 fr. »

TAPPEINER (H.). — Manuel de diagnostic chimique au lit du malade. Traduit par M. Nicolle, avec une préface du Dr A. Robin. Volume in-16 de 115 pages, avec figures. — Prix, 2 fr. »

Librairie G. MASSON,
120, boulevard Saint-Germain.

BESNIER (E.). — Sur la pelade Nature, transmissibilité, origines, modes de propagation et de transmission, prophylaxie publique et privée). Brochure in-8° de 48 pages.

Librairie G. STEINHEIL, rue Casimir-Delavigne.

FRÉMONT. — Action de l'eau de Vichy sur la nutrition. Volume in-8 de 124 pages.

MICKLE (J.). — On insanity in relation to cardiac and aortic disease and phthisis. Volume in-18 cartonné de 93 pages. — London, 1888. — H. K. Lewis.

STEINBACH (J.). — Die Sterilitat der Ehe. Ihre Ursachen und ihre Behandlung. 3 u 4 Helft der *Klinische zeit-und Streitfragen*. Brochure in-8 de 84 pages, avec figures. — Wien, 1888. — Engel und Sohne.

WILLIAMS (R.). — The principles of cancer and tumour formation. Volume in-8 de 194 pages, avec 28 figures. — London, 1888. — J. B. Bale and Sons.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VIII. N° 41. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 13 OCTOBRE 1888.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — **M. TERRILLON.**

Trois observations de goître : Enucléation intra-glandulaire et Méthode de Luton ;

par **Edmond VIGNARD**, interne des hôpitaux.

OBSERVATION I. — *Goître ancien, polykystique avec dégénérescence calcaire partielle. Enucléation intra-glandulaire.*

Le nommé C..., Louis, âgé de 58 ans, entre à la salle Lallemand (hospice de la Salpêtrière, service de M. Terrillon) pour une tumeur goîtreuse qui, depuis quelque temps, gêne beaucoup sa respiration.

Ce goître est situé sur la ligne médiane, immédiatement au-dessus de la fourchette sternale; il ne paraît pas s'enfoncer derrière le sternum; son volume est celui d'un petit œuf de poule, sa consistance kystique à sa partie supérieure est dure, cartilagineuse en bas. Le début paraît remonter à 22 ans; mais la gêne de respiration a commencé seulement il y a quelques semaines ; elle est continuelle, augmente par la marche, l'ascension d'un escalier, le moindre effort; la nuit, le décubitus l'exaspère et, si le malade s'endort dans cette position, il est bientôt réveillé par un accès de suffocation, aussi est-il obligé de passer les nuits assis dans son lit. Même au repos, il existe constamment un sifflement trachéal assez marqué.

En raison de ces accidents, M. Terrillon pratique le 23 juillet, sous le chloroforme, l'extirpation du goître. Incision de 7 centimètres sur la ligne médiane au niveau de la tumeur. Après avoir coupé la peau et une ou plusieurs lamelles conjonctives, on arrive sur une masse arrondie, rougeâtre, lisse, que l'on essaye de décortiquer. Mais ce n'était pas là la vraie tumeur, et, pour y arriver, on est obligé de sectionner une mince épaisseur de tissu rougeâtre saignant, appartenant au corps thyroïde normal. Le goître proprement dit apparaît alors, parfaitement encapsulé, limité par une membrane d'aspect fibreux, bleuâtre, séparé du reste de la glande par un peu de tissu conjonctif lâche, ce qui permet de l'énucléer assez aisément; il n'existe pas de hile. L'hémorrhagie un peu abondante au début de l'opération est facilement arrêtée par la forcipressure et finalement nécessite seulement l'emploi de trois ligatures. Pas de sutures à double étage, une seule série de points de suture comprenant la peau et partie des tissus sous-jacents. Un drain est introduit dans cette espèce de coque glandulaire qui renfermait le goître et sort par l'extrémité inférieure de la plaie.

Le chloroforme a été parfaitement supporté.

Un suintement sanguin assez abondant s'étant produit le soir même de l'opération, le pansement est changé, une mèche iodoformée introduite à la place du drain. L'écoulement de sang s'arrête.

La cicatrisation a lieu par première intention, et, douze jours après l'opération, le malade quitte l'hôpital complètement guéri.

L'*examen anatomique* de la pièce montre qu'il s'agit d'un goitre ayant subi en partie la dégénérescence kystique, en partie la dégénérescence calcaire; les petites cavités kystiques dont l'une peut admettre l'extrémité de l'index sont pleines d'un liquide brun noirâtre. La tumeur est limitée par une membrane fibreuse dont l'épaisseur atteint deux à trois millimètres.

OBSERVATION II. — *Nodule goîtreux parenchymateux. Enucléation intra-glandulaire.*

Louise M..., 26 ans, petite nodosité goitreuse située un peu à droite de la ligne médiane, à un centimètre environ de la fourchette sternale.

Cette tumeur a le volume d'une petite noix, elle est de consistance très ferme, non adhérente à la peau, mobile avec la trachée dans les mouvements de déglutition. La malade nous raconte qu'elle s'est aperçue de l'existence de cette tumeur il y a trois ans pendant une grossesse; depuis lors, elle a progressé insensiblement sans déterminer d'ailleurs aucune douleur, aucune difficulté de la respiration. Elle gêne seulement la malade au point de vue esthétique.

Opération. — Après section de la peau, des couches sous-cutanées et d'une très minime épaisseur de glande thyroïde, on arrive rapidement sur la tumeur très facilement reconnaissable à sa capsule fibreuse de couleur bleuâtre. Quittant alors le bistouri pour la sonde cannelée, M. Terrillon l'énuclée sans difficulté du reste de la glande. Pas d'hémorrhagie, une seule ligature. Suture à un étage, drainage pendant deux jours.

Le 10e jour, la malade est complètement guérie.

L'*examen anatomique* de la pièce montre qu'il s'agissait d'un nodule parenchymateux, d'un petit goître folliculaire analogue comme structure au tissu de la glande normale. Le microscope permet seulement de constater des dimensions un peu plus considérables des vésicules. Ce nodule est limité de toutes parts par une capsule conjonctive dense, d'une épaisseur moyenne de un à deux millimètres. Aucune trace de pédicule.

OBSERVATION III. — *Goître parenchymateux, diffus, récent. Cinq injections interstitielles de teinture d'iode; amélioration voisine de la guérison.*

Marguerite B..., 14 ans, entrée salle Lallemand en mars 1888. Née dans un pays où le goître n'est pas endémique. Pas de goître chez les ascendants, non réglée. Il y a trois mois seulement que la malade s'est aperçue que son cou augmentait de volume. L'hypertrophie porte sur les deux lobes du corps thyroïde, mais surtout sur le lobe droit. On ne sent aucune nodosité distincte : Circonférence du cou, 36 centimètres. Légère oppression quand la malade court ou monte un escalier. En même temps on entend un léger sifflement trachéal. Du 3 mars au 20 mars, cinq injections de teinture d'iode pure, toutes dans le lobe droit, variant d'une demi-seringue à trois quarts de seringue de Pravaz.

La première injection seule a déterminé pendant quelques heures un peu de souffrance et de la gêne de la déglutition.

Le 20 mars, le goitre a presque disparu ; la circonférence du cou est descendue de 36 à 33 centimètres. L'oppression dont se plaignait la petite malade n'existe plus.

Elle quitte l'hôpital avec promesse de revenir en cas de récidive: nous ne l'avons pas revue.

De ces trois observations de goître, la dernière est une observation banale aujourd'hui. La méthode essentiellement française de Luton a fait ses preuves entre les mains de MM. Verneuil, Le Fort, Terrillon, Richelot, Duguet, et notre cas n'est qu'un succès de plus à ajouter aux nombreux succès publiés déjà.

D'ailleurs ne s'agit-il pas là d'un goitre parenchymateux récent, c'est-à-dire d'un de ces cas où les injections iodées donnent une guérison radicale et rapide? Dans notre seconde observation peut-être aussi, sous l'influence d'une ou plusieurs injections interstitielles, le nodule parenchymateux aurait disparu? Et cependant sa consistance était bien ferme, la coque fibreuse qui le limitait bien résistante! Mais certainement le goitre ancien dégénéré calcaire, qui fait le sujet de notre première observation, n'était pas justiciable de la méthode de Luton.

Examinons en effet avec un peu d'attention, les résultats fournis par cette méthode, par exemple la série des observations publiées par M. Duguet dans son mémoire

de 1886; et certes si l'on en juge par la préface et les conclusions de ce mémoire, on ne suspectera pas M. Duguet d'être défavorable à la méthode des injections iodées. Eh bien, il est facile de classer ses observations en deux catégories: d'un côté les goitres récents qu'ils soient parenchymateux ou kystiques, pour lesquels la guérison radicale ou du moins une amélioration très voisine de la guérison est obtenue: et cela au bout d'un temps parfois très court, puisqu'il a suffi d'une seule injection iodée dans les Observations I et II, quelquefois aussi beaucoup plus long, puisque dans l'Observation XVI, il a fallu 21 mois et 20 injections iodées pour obtenir la guérison. Mais nous admettons que ce dernier cas est une exception et que pour la grande majorité des goitres récents, la méthode de Luton est excellente.

Si d'un autre côté, nous examinons les observations de goitres anciens, charnus ou kystiques, il est aisé de constater que le procédé est beaucoup moins fidèle : Le nombre des injections pratiquées a été parfois considérable, 14, 26, 52. La guérison a été incomplète dans 9 cas, inconnue dans 2, nulle dans 3. Dans deux cas seulement, la guérison complète a été obtenue après 5 et 8 injections.

Si maintenant nous parcourons la thèse du Dr Keser (Extirpation intra-glandulaire du goître parenchymateux. — Paris, 1887), nous trouvons 14 fois notées les injections iodées comme traitement antérieur à l'opération et 14 fois le résultat fut nul; il s'agissait là aussi de goîtres anciens, ayant de 4 à 20 années d'existence.

Il paraît donc démontré que la méthode de Luton excellente pour les goîtres jeunes l'est beaucoup moins pour les goitres anciens. Et encore nous ne tenons pas compte ici des inconvénients de ce procédé : précautions rigoureuses dont il faut s'entourer pour ne pas injecter de teinture d'iode dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans un vaisseau, dans la trachée, — accidents locaux, tels que gêne de la déglutition, vive douleur à la nuque, — accidents généraux comme fièvre iodée ou enfin nerveux, tels que spasmes du larynx, contractures kystériques.

Or il existe un mode de traitement chirurgical aussi facile, aussi bénin que les injections interstitielles et qui a sur ces dernières l'avantage d'être applicable à la grande majorité des goîtres, même très anciens, et d'être infiniment plus rapide, puisque la guérison complète est obtenue en 3 semaines au maximum.

C'est ce procédé que M. le Dr Terrillon a employé dans les deux cas qui font le sujet de nos deux premières observations.

Peu usité en France, jouissant au contraire de la plus grande vogue à la clinique de M. le professeur Socin, à Bâle, ce mode opératoire porte le nom d'énucléation ou extirpation intra-glandulaire du goître. En deux mots, il a pour but d'extirper le ou les goitres, tout en respectant la partie saine du corps thyroïde.

Il ne faut pas le confondre avec l'extirpation partielle avec l'évidement (Kocher), ou énucléation sous-capsulaire (Julliard), toutes opérations dans lesquelles on enlève avec la tumeur goîtreuse, une portion non dégénérée de la glande thyroïde.

Ce procédé opératoire n est pas nouveau. Il est décrit tout au long dans l'ouvrage du Dr Luigi Porta, intitulé *Delle Malattie e delle operazioni della ghiandola tiroidea*, et dont la publication remonte à 1849. Le passage qui se rapporte à cette description est cité textuellement par le Dr Keser dans sa thèse. Billroth dans ses *Chirurgische Erfahrungen* s'exprime ainsi: « Toute tumeur goîtreuse est limitée par une capsule qui n'adhère au parenchyme glandulaire et aux parties environnantes que par un tissu cellulaire très lâche et par des vaisseaux; l'incision doit être pratiquée jusque sur cette capsule et cela parfois au travers d'une couche de tissu thyroïdien, etc... » Puis le procédé tombe en désuétude. En France, aujourd'hui encore, il est inusité; ce n'est guère que dans le premier volume de *Chirurgie clinique* de M. Tillaux que nous le trouvons mentionné :

Je puis présenter ici, dit M. Tillaux, à propos de la thyroïdectomie, une observation d'une haute importance au point de vue opératoire et non signalée jusqu'à présent; dans plusieurs de mes opérations, tout en rencontrant un nombre considérable de vaisseaux, je fus étonné de ne pas trouver les gros troncs des artères thyroïdiennes; la tumeur, une fois bien découverte, put être énucléée d'une façon relativement facile. » Il s'agit évidemment ici d'énucléation intra-glandulaire.

En Allemagne le professeur König, se basant sur le travail de Burckhardt et sur sa propre expérience, recommande ce procédé, mais seulement pour les goitres kystiques anciens. Mais c'est à M. le professeur Socin, de Bâle, que revient l'honneur d'avoir généralisé cette méthode, d'avoir prouvé, par les succès les plus brillants, qu'elle pouvait s'appliquer non seulement aux tumeurs kystiques, mais à presque tous les goitres pour lesquels une intervention opératoire est indiquée. Sous son inspiration, le Dr Garré, privat-docent à l'Université de Bâle, a publié, dans le *Centralblatt für chirurgie* de novembre 1886, un travail intitulé : *Décortication intra-glandulaire des tumeurs goîtreuses.* L'année suivante paraissait une thèse d'un ancien assistant du professeur Socin, le Dr Keser qui a bien voulu nous communiquer son travail. Cette thèse, que nous avons déjà citée plus haut, renferme 37 observations de goîtres traités par l'énucléation intra-glandulaire. Enfin, au commencement de 1887 ont paru dans la *Semaine médicale*, deux articles sur ce sujet : le premier du professeur Heydenreich, de Nancy, où le procédé de l'énucléation est décrit d'après le Dr Garré ; le second du Professeur J. Reverdin, de Genève, où ce chirurgien paraît se rallier à la méthode préconisée par Socin, de préférence à l'extirpation partielle qu'il avait adoptée jusque-là. C'est à tous ces auteurs, et particulièrement au Dr Keser, que nous empruntons les détails qui suivent :

Tout d'abord le procédé de l'énucléation est basé sur le fait anatomique que voici : le goitre, dans la grande majorité des cas, et quelle que soit sa nature, folliculaire, fibreuse, kystique ou vasculaire, est constitué par une ou plusieurs nodosités circonscrites, séparées du reste de la glande par une forte capsule de tissu conjonctif qui permet d'en pratiquer facilement l'énucléation. Ce fait avait été déjà remarqué par Stromeyer (goître enkysté du tissu glandulaire). Billroth, ainsi que nous l'avons vu plus haut, est très affirmatif à ce sujet. Enfin, si nous en croyons la grande expérience de Socin, nous savons que sur les 29 opérations de goître pratiquées de novembre 1884, à janvier 1887, 26 fois, c'est-à-dire 9 fois sur 10, l'énucléation fut possible. Bien plus le Dr J. Reverdin, qui, jusqu'en 1887, ne considérait l'énucléation que comme un procédé d'exception, examine à partir de 1883 tous les goîtres opérés par lui selon la méthode de l'extirpation totale ou partielle; et, dans *presque tous les cas*, à *très peu d'exceptions près*, il trouve la portion enlevée constituée par une tumeur goîtreuse autour de laquelle est une couche de glande saine séparable avec les doigts.

Voilà donc un premier point bien établi : l'énucléation

est possible pour la très grande majorité des goitres. La minorité comprend d'après Keser : 1° les hyperplasies diffuses de la totalité de la glande; 2° les tumeurs malignes; 3° les goitres à noyaux multiples très nombreux. Est-il toujours facile cliniquement de distinguer si l'énucléation est possible ou non?

Il est certainement des cas, et notre première observation en est une preuve, où il est aisé de se prononcer, c'est lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur faisant une saillie à contour net ou bien offrant une consistance dure, différente de la consistance mollasse du reste de la glande.

Dans la plupart des observations rapportées par le Dr Keser, la palpation permet de constater une ou plusieurs tumeurs *bien circonscrites*, de consistance variable, suivant la nature du goitre, mais toujours différente de la consistance normale de la glande. Dans quelques cas même où la palpation ne parvenait pas à circonscrire la tumeur, mais où il existait une hypertrophie partielle, l'énucléation fut trouvée possible au courant de l'opération.

Si au contraire il n'existe aucune bosselure appréciable au doigt ou à l'œil, si l'hypertrophie au lieu de se borner à une portion de la glande, atteint la totalité du corps thyroïde, ou bien encore si le palper permet de reconnaitre une quantité considérable de petits noyaux disséminés dans la masse de l'organe, dans tous ces cas, on doit renoncer à l'énucléation. Quant au procédé opératoire, en lui-même, il est simple : l'incision cutanée porte au niveau de la tumeur, sur le point où elle fait une saillie la plus manifeste; s'il existe plusieurs nodosités voisines les unes des autres, on pourra les extraire successivement au moyen d'une seule incision; dans le cas où la distance qui les sépare est trop grande, deux ou plusieurs incisions seront nécessaires.

La seule difficulté consiste à trouver nettement la tumeur, à ne point confondre la surface de la thyroïde avec le goitre proprement dit, sous peine de s'engager dans une extirpation totale avec tous ses dangers. Il faudra donc une fois le corps thyroïde mis à nu, inciser une épaisseur plus ou moins grande de tissu normal jusqu'à ce qu'on arrive, et c'est là le point capital, sur une membrane fibreuse résistante d'aspect bleuâtre transparent. C'est la capsule du goitre. Vous abandonnez alors le bistouri et avec un instrument mousse ou tout simplement avec le doigt, et suivant toujours la capsule indicatrice, vous séparez le goitre du tissu sain qui l'enveloppe. Des tumeurs goitreuses même très volumineuses, peuvent ainsi s'énucléer avec la plus grande facilité.

L'hémorrhagie n'est jamais grave, car peu de vaisseaux abordent la tumeur et elle n'a point de hile. En tout cas la forcipressure et la compression vous rendent facilement maître de l'écoulement sanguin.

Le goitre une fois énucléé, il reste une sorte de poche, de coque glandulaire. Cette poche est drainée et les parois en sont accolées en partie par des sutures au catgut. Les sutures superficielles comprennent les muscles, puis les bords de l'incision cutanée. Les avantages de ce procédé opératoire comparé aux autres sont multiples.

En premier lieu, bénignité immédiate de l'opération; aucune hémorrhagie sérieuse à redouter, la lésion des gros troncs thyroïdiens est impossible, puisque le champ opératoire est pour ainsi dire intraglandulaire. Pour la même raison, les nerfs récurrents sont à l'abri de toute atteinte.

Il n'en est pas de même naturellement dans l'extirpation totale ou partielle, dans l'énucléation sous-capsulaire de Julliard, non plus que dans le procédé de Mikulicz où toute la glande est enlevée sauf deux parcelles rattachées aux thyroïdiennes inférieures.

Et en fait sur les 37 énucléations rapportées par le Dr Keser, aucune complication immédiate ne s'est produite ni dans les jours qui ont suivi, et dans tous les cas, la guérison par première intention a été obtenue après un délai de trois semaines au maximum. Mais l'avantage sans contredit le plus précieux de la méthode de Socin est de mettre absolument à l'abri du myxœdème opératoire ou cachexie strumiprive.

Déjà cette grave complication avait fait rejeter l'extirpation totale; les faits cliniques de Reverdin et de Kocher, les expériences de Schiff et de Horsley avaient prouvé d'une façon irréfutable que le corps thyroïde est indispensable à la vie; mais pendant longtemps l'extirpation partielle laissant aux malades une portion plus ou moins grande de cet organe avait paru les mettre à l'abri des redoutables accidents du myxœdème (1).

J. Reverdin a prouvé que cette assurance est trompeuse, qu'on observe des formes frustes de la cachexie strumiprive même après une extirpation incomplète, même après la simple section de l'isthme proposée par Sydney Jones; et quand au procédé de Wölfler, à la ligature des artères thyroïdiennes, dont les résultats sont encore peu connus jusqu'ici, pourquoi mettrait-elle à l'abri de la cachexie, puisque déterminant l'atrophie de la glande thyroïde tout entière, goitre et tissu sain, elle supprime par là même les fonctions de cet organe?

En résumé, dit M. Reverdin, aucun des procédés que nous venons d'examiner n'est à l'abri de reproche, tous peuvent exposer l'opéré au myxœdème au moins dans ses formes atténuées. Or il est évident que l'énucléation proposée par Socin atteignant seulement les parties dégénérées du corps thyroïde, laissant en place les parties saines aptes à fonctionner, ne peut en aucune façon provoquer la cachexie. Et d'ailleurs ce n'est pas là une simple vue de l'esprit; jusqu'ici aucun cas de myxœdème même fruste n'a été observé chez un opéré par énucléation. Ainsi donc, facilité d'exécution, bénignité immédiate, bénignité pour l'avenir, tout concourt à faire de l'énucléation une méthode de choix au détriment des autres méthodes.

Mais comme si ce n'était pas assez de ces avantages, comme si ce procédé devait avoir la supériorité jusqu'au bout, il résulte des faits observés que l'opération de Socin ne laisse après elle aucune difformité du cou, et ce résultat est prévu puisqu'on laisse en place le corps thyroïde sain, véritable coussinet naturel qui comble l'espace laissé libre entre les sterno cleido mastoïdiens.

Enfin il nous reste à parler des récidives. C'est une question qu'il est difficile de résoudre complètement, étant donné le court intervalle de temps qui nous sépare des dernières opérations. Quoiqu'il en soit, sur 21 cas qu'il a pu suivre, Keser note 3 récidives, proportion qui ne dépasse pas celle qu'on observe après les extirpations partielles.

Si, après cet aperçu rapide de quelques-uns des modes de traitement du goitre, il nous faut tirer des conclusions, nous dirons que de toutes les méthodes chirurgicales proposées jusqu'à présent, deux surtout restent en présence : la méthode des injections pa-

(1) Voir B[illegible] : [illegible] *[illegible] compliqué de cachexie [illegible] de glande thyroïde.* [illegible] *de* [illegible] *P.* [illegible]

terstitielles iodées et l'énucléation intra-glandulaire.

La première, insuffisante pour les goîtres anciens, fibreux, calcaires, est bonne pour les goîtres récents, les hyperplasies diffuses à consistance molle, les goîtres à noyaux multiples.

La seconde est applicable à la très grande majorité des goîtres, qu'ils soient récents ou anciens, parenchymateux fibreux ou kystiques. Toutes les deux sont à peu près exemptes de dangers, ce qui les met au-dessus des autres procédés sanglants. Enfin, elles semblent se compléter l'une l'autre, le procédé de Socin étant indiqué là où la méthode de Luton est insuffisante, et réciproquement.

Ainsi, nous sommes bien loin des conclusions de M. Duguet dans son mémoire, de A. Thierry dans sa thèse (1886), conclusions qui, sauf exceptions rares, condamnent l'intervention sanglante : nous ne pouvons être, non plus, aussi exclusifs que les élèves du Professeur Socin qui, dédaignant la méthode française, présentent l'extirpation du goître comme le seul mode de traitement vraiment radical et rationnel de cette affection.

REVUE CRITIQUE

Typhlite et Pérityphlite (*fin*) (1);

par A. RAOULT, interne des hôpitaux.

Péritonéo-typhlite de Besnier. Dans l'observation de cet auteur, l'enfant fut pris brusquement de douleurs dans le ventre, avec fièvre, soif, vomituritions. La douleur vive, se localise dans la fosse iliaque droite, où on perçoit de la résistance. Les selles continuèrent à se produire après l'administration de lavements. Vers le onzième jour, apparut une tumeur fluctuante dans la fosse iliaque, M. Le Dentu pratiqua la laparotomie. L'opération dénota la présence d'un tissu rouge, violacé au fond de la plaie, on ne trouva aucune collection purulente. La plaie fut refermée, drainée et guérit bien. La fièvre qui était tombée le jour de l'opération, se manifesta de nouveau pendant trois jours pour s'abaisser ensuite. Les garde-robes devinrent abondantes, fétides, et vers le 25[e] jour, on y trouva un lambeau de muqueuse intestinale. Depuis ce moment, tout s'améliora, l'enfant guérit complètement, sans retour des accidents. Pour l'auteur ces symptômes sont les mêmes que ceux décrits par Bucquoy et Dautel, comme ceux de la péritonite primitive, et il en infère que celle-ci n'existe pas, et que ce qu'on décrit sous ce nom, est une typhlite stercorale phlegmoneuse avec péritonite primitive de voisinage, quoique pouvant se compliquer de pérityphlite secondaire.

Pérityphlite primitive. Elle a été décrite par Bucquoy et Dautel. Elle succéderait au refroidissement, à des efforts, et sa pathogénie a été assimilée par Dautel à celle du phlegmon périnéphrétique ou périnéphrite idiopathique. On la rencontre de préférence chez les jeunes gens non prédisposés à la constipation et aux troubles intestinaux. Son début est brusque d'habitude, avec frissons, douleur dans la fosse iliaque droite, ou dans la région ombilicale. On constate l'existence d'une tumeur 3 à 5 jours après le début : la constipation est la règle. Les symptômes généraux violents parfois au début, s'apaisent rapidement. La température ne dépasse pas 39°. L'affection se termine ordinairement par résolution complète ou incomplète, prédisposant aux récidives. Elle peut encore se terminer par suppuration avec tous les caractères de la pérityphlite suppurée.

Faut-il avec Besnier, laisser de côté cette dernière forme, et la faire rentrer dans la péritonéo-typhlite de cet auteur. Nous ne le croyons pas ; les modes d'inflammation du cœcum et des tissus voisins sont si nombreux, que les deux formes peuvent parfaitement exister.

Pérityphlite secondaire. C'est le terme auquel peuvent aboutir toutes les lésions qui précèdent, soit qu'elles se produisent par propagation de l'inflammation, ou par perforation du cœcum ou de l'appendice. Elle se manifeste du 10[e] au 15[e] jour de la typhlite, par un frisson, de la fièvre. Le pouls devient ample et fréquent (120), la température monte à 39°5-40°. La douleur augmente et la tuméfaction devient diffuse. Au bout de quelque temps, on trouve dans la fosse iliaque un point de fluctuation, et le malade accuse une douleur lancinante, des battements dans la région. L'abcès une fois formé, peut s'ouvrir dans le cœcum, et donner lieu à des selles purulentes, ou dans le vagin, la vessie, ou enfin former un abcès de la fosse iliaque. Celui-ci vient s'ouvrir le plus souvent au-dessus de l'arcade crurale, après avoir formé une tumeur rouge, chaude. Le pus qui s'écoule est séreux, mal lié, nauséabond. Le pus peut encore fuser le long des vaisseaux et faire apparition à la racine de la cuisse. D'autres fois, il remonte vers le rein et donne naissance à une variété d'abcès périnéphrétique. Les abcès peuvent encore fuser sous le péritoine, le long de la paroi abdominale et venir s'ouvrir à l'ombilic (cas de M. le prof. Trélat), laissant des fistules persistantes (1). Enfin, si le pus fait irruption dans le péritoine, une péritonite généralisée en est la conséquence. La douleur s'étend à tout l'abdomen, le ventre est ballonné ; le malade est dans le collapsus, présente le facies abdominal caractéristique, avec vomissements par accès fréquents, douloureux. La température monte au-dessus de 40°, le pouls, est petit, et la mort est la conséquence plus ou moins rapide.

A la suite de l'ouverture de l'abcès à la région crurale, la guérison peut se produire par diminution de la suppuration, et fermeture de l'abcès qui se cicatrise. Mais parfois il reste une fistule cutanée durant plus ou moins longtemps. Si en même temps l'abcès s'est ouvert dans le cœcum, le rectum ou la vessie, il y a une variété de fistule faisant communiquer ces organes avec la surface de la peau.

Le pronostic varie avec les différentes formes que nous avons exposées.

Diagnostic. — Le diagnostic de la typhlite est souvent difficile surtout dans les cas, où on ne trouve pas de tumeur nettement limitée. Smith recommande d'endormir le malade, afin de pratiquer la palpation et le toucher rectal. — La constipation, les douleurs subites et localisées font différencier la typhlite de la *névralgie iléo-lombaire* ou *crurale*. Une *tumeur stercorale simple* dans la fosse iliaque droite, sans accidents inflammatoires, disparait sous l'effet d'un purgatif. On a donné comme caractère distinctif de la *psoïtis* : la flexion de la cuisse ; nous avons vu qu'on peut le retrouver dans la typhlite. D'après Dautel on pourrait toujours ramener le membre dans l'extension, dans ce dernier cas. Dans la psoïtis la tumeur forme une corde dure caractéristique. La *péritonite circonscrite à la fosse iliaque droite* ne présente pas une tumeur aussi bien localisée ; nous savons d'autre part que l'une peut compliquer l'au-

(1) Voir *Progrès médical*, [illegible]

(1) [illegible] 1882.

tre. Parfois l'affection revêt les signes de l'*étranglement interne*, et a pu en imposer ; dans l'étranglement la fosse iliaque droite est le plus souvent libre, et la tumeur existe ordinairement à gauche. Les coliques *hépathique* et *néphrétique* ont des caractères spéciaux et se présentent sans tuméfaction aucune dans la région iliaque ; il en est de même de l'*ovarite*.

Il importe de diagnostiquer la présence du pus, la *pérityphlite*. Elle se distingue de la typhlite simple par l'empâtement diffus, plus massif, non en forme de boudin comme dans celle-ci. Cette tumeur est immobile, profondément adhérente à la fosse iliaque. L'évacuation des matières fécales ne modifie pas son volume comme dans la typhlite. Enfin on observe au début des frissons et une élévation de température plus grande que dans cette dernière. La pérityphlite se distingue en outre de l'*adénite iliaque profonde* par sa forme plus homogène, moins inégale, et par l'absence de lésion initiale du membre inférieur ou des organes génitaux. Les *phlegmons de la paroi antérieure de l'abdomen* présentent une douleur plus superficielle, et ne sont pas accompagnées de troubles intestinaux. Les *abcès par congestion* ont un point de départ au milieu de la colonne vertébrale ; le plus souvent le pus vient s'ouvrir à la racine de la cuisse. Leur début est latent et leur durée beaucoup plus longue.

Il serait utile de savoir devant quelle forme de typhlite on est en présence, malheureusement il y a peu de signes qui les distinguent. Parmi les phénomènes objectifs, on voit que l'appendicite ne présente pas une tumeur aussi nette, aussi circonscrite que la typhlite proprement dite. Suivant la marche, on trouve que la première présente le plus souvent un début brusque, et atteint rapidement un caractère grave, se terminant le plus souvent par la péritonite par perforation ; tandis que la seconde va le plus habituellement par accès, avec des signes torpides dans l'intervalle de ceux-ci. La forme tuberculeuse est ordinairement chronique, présentant aussi le caractère à répétition. Quant à la péritonéo-typhlite de M. Besnier, elle a été pour cet auteur une surprise opératoire.

Traitement. — Avant la formation du pus, il faut ordonner le repos au lit, appliquer sur l'abdomen de la glace, des cataplasmes, des ventouses scarifiées, donner des purgatifs légers et des lavements, prescrire une diète absolue, ou seulement des liquides nutritifs. Si la douleur est très violente on fera des injections de morphine. Mais dans le cas où la fièvre devient plus vive, où les douleurs reviennent plus violentes, surtout dans les cas à rechutes, il faut craindre les dangers de la péritonite ou d'une perforation et opérer sans tarder. De même, si on est sûr de la formation du pus, même s'il n'est pas en grande quantité, il faut pratiquer la laparatomie. Cette opération est moins grave actuellement qu'il y a quelques années en raison des précautions antiseptiques.

Morton (1) donne les règles suivantes pour pratiquer la laparatomie dans ces cas : l'asepsie complète de la région étant obtenue, et toutes les précautions antiseptiques étant prises, on procède à l'opération. Certains chirurgiens font une aspiration avec un trocart dans la tumeur avant de faire l'incision. Morton la rejette comme dangereuse. Il conseille une incision oblique ou verticale, faite latéralement au niveau de l'appendice ou de l'abcès, afin, dit-il, de la faire moins longue. Cette ligne part en bas de un pouce au-dessus du ligament de Poupart à droite, à sa partie externe et monte verticalement, parallèle à la ligne médiane. Si on est en présence d'un abcès formé, on donne issue au pus, on le nettoie ainsi que la cavité péritonéale. S'il y a de la péritonite, si l'appendice est malade, on pratique son excision entre deux ligatures. Parfois si, d'autre part, il y a perforation du cœcum, il faut pratiquer le grattage et l'avivement des bords de la perforation et faire une suture de Lembert. S'il n'y a même qu'une ulcération profonde du cœcum, l'auteur conseille de pratiquer cette suture, en invaginant la partie malade à l'intérieur du canal. S'il existe des corps étrangers ou des matières fécales dans le cœcum, on peut les extraire en pratiquant l'excision de l'organe, ou les pousser dans le gros intestin. Mais si on redoute des accidents graves, on ne peut faire la suture simple des parois, et on est réduit à faire un anus contre nature. L'opération se termine par le drainage, la suture de la plaie et le pansement. Après l'opération, on fait des injections de morphine, on change le drain, et on pratique des lavages de la poche. On donne au malade de légers purgatifs, on lui prescrit des aliments liquides et des boissons stimulantes. Morton admet qu'on peut traiter de la même façon toutes les ulcérations et perforations du cœcum : celles de la fièvre typhoïde et de la tuberculose. Jusqu'ici, les résultats des opérations n'ont pas été très encourageants. Nous regrettons de n'avoir pu produire ici une statistique complète de cas opérés. La typhlite chronique est surtout soignée au moyen du repos, des purgatifs répétés. Le malade doit éviter les fatigues, les aliments grossiers, indigestes. On pourrait donner à l'intérieur : l'acide salicylique, la naphtaline, le charbon, l'iodoforme, afin de pratiquer une sorte d'antisepsie du tube digestif.

(1) *Congrès de l'Association médicale américaine.* Cincinnati, le 8 mai 1881 (*The journal of the american med. Association*, 6 juin 1888.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Coïncidence d'un lobe du foie flottant et d'un rein mobile ;

Par R. PICHEVIN, interne des hôpitaux de Paris.

L'intéressante observation publiée par M. Marcel Baudouin, dans le *Progrès médical* du 18 août 1888, prouve, une fois de plus, les difficultés de diagnostic que les tumeurs abdominales suscitent dans la pratique. M. Terrier, croyant à la présence d'un rein mobile, fit une laparatomie exploratrice, et tomba sur un lobe flottant du foie et sur un calcul de la vésicule biliaire. Notre excellent collègue Marcel Baudouin insiste avec raison sur la quasi-impossibilité de porter le diagnostic exact dans le cas qu'il a relaté. Le fait suivant, que nous avons eu sous les yeux l'an dernier, à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Guyot, mérite d'être rapproché de la précédente observation.

Obs. — Au n° 5 de la salle Sainte Claire, était couchée une femme de 50 ans, entrée à l'hôpital pour une affection chronique, qui devait l'emporter peu de temps après son admission. *Et. act.*— L'examen méthodique des viscères fait constater par la palpation et la percussion, que le foie n'est pas augmenté de volume. Au-dessous des côtes, dans la ligne auxillaire, et au niveau de l'épigastre, la sonorité est parfaite, et le palper n'indique la présence d'aucune tumification. En explorant l'abdomen, nous tombons sur une tumeur, qui occupe le côté droit du ventre, et se termine par un rebord lisse, à la partie la plus inférieure de la fosse iliaque droite. Il est impossible de délimiter la partie supérieure de la tumeur qui remonte dans

le flanc droit, et qui ne semble avoir aucun rapport avec l'organe hépatique.

La tumeur est dure, lisse à sa surface, plus longue de haut en bas, que large transversalement. Elle est douée d'une certaine mobilité, transversalement et surtout de bas en haut; à un certain moment, sous l'influence de quelques manipulations, elle glisse sous nos doigts, et remonte. Cependant la tumeur est encore perceptible dans le flanc droit. L'examen attentif des régions lombaires montre que le côté droit est aplati, par rapport à l'autre côté. A droite, il y a une légère dépressibilité des parties molles, un certain degré de sonorité par rapport à la région rénale gauche.

La malade n'avait jamais éprouvé aucune gêne, aucune douleur, pouvant se rattacher à une affection rénale ou hépatique, ou a un déplacement du rein. Cependant, le diagnostic du rein mobile ne semblait pas douteux. (Nous négligeons les symptômes pulmonaires présentés par la malade).

Cette femme fut bientôt enlevée par sa tuberculose. A l'ouverture de l'abdomen, on constate dans le flanc, et dans la fausse iliaque droite, une *lobe flottant du foie*. Ce lobe, de forme quadrilatère, long de 20 centimètres sur 10 de large environ, se détache du bord inférieur du foie, et au lieu de se mettre en rapport avec la paroi abdominale antérieure, tombe presque verticalement en arrière et se met en contact avec la fosse iliaque. En soulevant ce lobe, on rencontre un *rein mobile* dont l'extrémité inférieure dépasse à peine la partie la plus inférieure de la portion flottante du foie. Il est aisé d'imprimer à la glande un mouvement descendant, et qui la porte plus bas que le lobe du foie; il est bien plus facile de la faire remonter ensuite dans la direction de la colonne vertébrale. Les vaisseaux du rein droit sont beaucoup plus longs que ceux du rein opposé.

Il y avait donc coïncidence d'un lobe flottant du foie et d'une ectopie du rein. Le diagnostic complet n'était guère possible.

Au-dessous du rebord des fausses-côtes dans la région épigastrique, il existait pendant la vie de la sonorité, et la palpation indiquait l'absence du foie. En effet, le bord inférieur du foie ne dépassait pas les fausses-côtes, sauf sur une petite surface. Sur une étendue de 10 centimètres environ, au-dessous des fausses-côtes, on aurait pu, il est vrai, trouver de la matité, et arriver, par le palper, sur le lobe flottant du foie; mais nous avons vu que cette portion de l'organe hépatique tombait à la partie postérieure de la cavité abdominale, et s'éloignait brusquement de la paroi abdominale antérieure.

Dans ces conditions pouvait-on penser au lobe flottant du foie? La forme et la situation de la tumeur, sa mobilité, la sensation de glissement du rein dans sa capsule qui fut perçue un jour, l'aplatissement et la sonorité de la région lombaire droite ramenaient fatalement au diagnostic d'ectopie du rein. Et cependant la plus grande partie de la tumeur que l'on sentait n'était que le lobe anormal du foie!

Dans l'hypothèse d'une laparatomie exploratrice, quelle serait la conduite du chirurgien qui se trouverait en face d'un rein mobile caché sous un lobe flottant du foie? Dans la grande majorité des cas, l'opérateur se hâterait de fermer simplement le ventre (1).

(1) On nous permettra de ne pas être tout à fait du même avis que notre excellent collègue P[illegible] sur ce dernier point; la suture des organes de l'abdomen devenus flottants [illegible] parfaitement rationnelle [illegible] démontrée, nous l'espérons, car des observations cliniques nombreuses et concluantes. En attendant de nouveaux faits, nous pensons cependant qu'on ne doit pas redouter les interventions de ce genre. Ne pas tenter de remédier ainsi à ces déplacements, à cette mobilité du rein ou d'un lobe du foie, quand on a décidé à faire une laparotomie exploratrice, autrement dit quand le ventre est ouvert, une telle conduite nous paraît [illegible] vrai chirurgien [illegible]. [illegible] plus [illegible]. [illegible] nous reviendrons un jour avec plus de détails sur ce sujet qui nous intéresse tout spécialement. MARCEL B.

THÉRAPEUTIQUE

Note sur le Sulfonal et son action somnifère;

par le Dr GARNIER, directeur-médecin de l'Asile public d'aliénés de la Charité (Nièvre).

Ayant eu sous les yeux la communication faite par Cramer (de Fribourg en B.), qui répéta les premiers essais de Kast de la même ville, à la treizième réunion du 9 juin 1888 des *Neurologistes et médecins aliénistes du Sud-ouest de l'Allemagne*, sur l'action du Sulfonal chez les aliénés (*Semaine médicale* du 13 juin et la note du *Progrès médical* du 28 juillet suivant mentionnant les expériences du docteur Rabbas à l'asile d'aliénés de Marbourg, je me suis procuré une quantité suffisante de ce produit pour l'expérimenter sur les malades de mon service.

J'ai tenu à employer le médicament livré par la fabrique Friedr. Rayer d'Elberpeld (1) et commercialisé par elle sous le nom de Sulfonal. C'était afin de me mettre dans les mêmes conditions que les nombreux praticiens allemands qui en ont déjà signalé les excellents effets somnifères, et ce, d'autant plus qu'ils indiquaient comme une condition essentielle de succès, la pureté de la préparation, caractérisée principalement par la fixité de son point de fusion à un degré donné. Je me propose de publier sous peu, en détail, avec les résultats que j'ai obtenus à l'aide du Sulfonal, les observations qui leur servent de base, comme aussi de donner en même temps une analyse des travaux parus sur son emploi, non seulement en pathologie mentale, mais encore en pathologie ordinaire.

Il résulte sommairement de mes observations en cours qu'on peut dès maintenant affirmer que le Sulfonal, dans l'immense majorité des cas, possède véritablement à doses massives de 2 à 5 grammes une action somnifère remarquable et supérieure à celle de la paraldéhyde, de l'uréthane, du méthylal et du chloral. A part une malade chez laquelle se produisirent des vomissements; incident déjà signalé par Rabbas comme étant arrivé à une des malades soumises par lui à l'action du Sulfonal et qu'il n'osa, dit-il, mettre sur le compte de celui-ci, mais pour lequel je serai absolument affirmatif quant à l'influence qu'il exerça sur leur apparition; l'administration du Sulfonal, avec doses indiquées plus haut, ne s'accompagna d'aucun dommage appréciable du côté des grandes fonctions et amena un sommeil dont étaient privés depuis longtemps nos sujets en expérience.

Je souscrirai donc volontiers dores et déjà, aux conclusions que ce dernier auteur formule quand il dit « qu'après son emploi prolongé, l'appétit, la digestion, la respiration et l'action du cœur ne subissent aucune influence nuisible. » Relativement à l'action du Sulfonal sur le cœur, outre qu'un tracé sphymographique, le seul il est vrai qui fut pris et chez un sujet non aliéné, après une dose de 2 grammes du médicament, ne présenta qu'une modification imperceptible du tracé normal, comme aucun symptome ni subjectif ni objectif ne se manifesta chez nos malades, du côté de l'organe central de la circulation, nous avons conclu à son innocuité parfaite vis-a-vis de lui. Or, pour le dire en passant, précisément le chloral, si journellement employé dans les services d'aliénés, ne se comporte pas toujours d'une façon aussi bénigne. L'année dernière une syncope qui fut le résultat trop évident de son administration chez une femme aliénée, à la dose assez faible cependant de 2 grammes, syncope qui eut été mortelle sans une in-

(1) Le *Progrès* a indiqué par erreur Elberbels.

tervention médicale rapide et soutenue pendant une heure avec respiration artificielle, frictions sèches et injections d'éther, nous rend très circonspect aujourd'hui dans l'emploi de cette substance. Avoir sous la main un médicament sans influence sur le cœur serait donc déjà une bonne fortune s'il n'y avait pas lieu, avec le Sulfonal, de pouvoir procurer un sommeil là où il fait défaut, à l'abri encore d'une accoutumance qui est si rapide et si funeste avec les sels de morphine.

Indépendamment de sa marque de fabrique, les conditions les plus favorables à la réussite du sulfonal, m'ont paru être réalisées quand on l'ordonne à dose massive prise en une seule fois, suivant la règle de thérapeutique, rappelée dans la communication du Dr Henri Huchard à la *Société de thérapeutique* (27 février 1886) et d'après laquelle les médicaments hypnotiques ne doivent pas être administrés à doses fractionnées. Malgré la vigueur de ce précepte, j'ai néanmoins voulu aussi administrer le sulfonal de cette manière, encouragé dans cet essai par les affirmations produites par le Dr Otto à la séance du 20 juillet dernier, de la *Société psychiatrique de Berlin*, relatives au sujet de son action calmante dans les états d'agitation prolongée des aliénés. Je serai toutefois bien moins catégorique que lui pour annoncer que dans ces cas il survient « ordinairement déjà le premier ou le second jour un surprenant apaisement. » Il y aura lieu d'étendre le champs des expériences dans ce sens.

Le sulfonal, dont cette courte note a pour but aujourd'hui d'annoncer les bons effets, me parait avoir un avenir assuré dans la thérapeutique des aliénés. Il n'est pas douteux non plus pour moi, qu'il se trouve également de nombreuses indications d'emploi en médecine ordinaire dès que la diminution de son prix élevé en aura vulgarisé l'administration. Terminons rapidement à la fois ce qu'on sait de sa composition chimique, de ses propriétés physiques et de sa pathologie.

Le corps découvert par le professeur Baumann (de Fribourg), appelé *Sulfonal*, à cause du soufre qui entre dans sa composition, est un *Diaéthyl-sulfon-diméthylméthane*, et a pour formule chimique $C^7H^{16}S^2O^4$.

Il est le produit de la combinaison suroxygénée du mercaptan éthylique avec l'acétone méthylique et se présente sous la forme de fines tablettes cristallines, blanches et inodores, d'une pulvérisation facile et d'une amertune à peine appréciable. Sa solubilité dans l'eau froide est à peu près nulle et il est à craindre qu'en cherchant, par un artifice de préparation, à réaliser cette solubilité, on ne détruise sa constitution intime, et partant ses propriétés. Cette solubilité est parfaite dans l'eau bouillante en proportions assez considérables, au détriment toutefois de son insipidité, mais dès que la solution se refroidit, le sulfonal se précipite. Il se comporte de la même façon vis à vis de l'alcool.

Ces conditions obligent à l'administrer en nature, mais on augmentera sa facilité d'absorption en l'ordonnant finement pulvérisé, soit en cachets, soit mélangé au potage au commencement du repas du soir. Les doses peuvent varier de 1 jusqu'à 5 grammes. Cette dernière, atteinte chez des aliénés, ne serait peut-être pas nécessaire chez des malades ordinaires (1).

(1) *Bibliographie*: Cramer. *Munch. med. Woch.*, XXXV, 24, 1888; an. in Schmit's Iabrb., nº 7, 1888. — Rabbas. *Berl. Klin. Woch.*, XXV, 17, 1888, 23 juillet.—*Revue Scient.*, 21 juillet 1888. — *Ann. et bull. de la Soc. de médecine de Gand*, fasc. juin. 1888. — *Centralblatt fur Gynæcologie*, 21 juillet 1888. — *Virginia medical Monthly*, septembre 1888; — plusieurs articles dans les journaux anglais, août 1888. (Marc. B.).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Concours pour la nomination des médecins adjoints des asiles d'aliénés.

Dans le numéro du 22 septembre, nous avons publié l'arrêté de M. le Ministre de l'intérieur organisant le concours pour l'admissibilité aux emplois de médecins adjoints des asiles publics d'aliénés. Nous avons accompagné cette publication de quelques notes critiques sommaires. Nous croyons devoir revenir aujourd'hui sur quelques points de cet arrêté.

L'article 3 déclare que les candidats ne devront pas être âgés de plus de 30 ans au jour de l'ouverture du concours. Cette limite, au moins quant à présent, aura peut-être l'inconvénient d'exclure quelques candidats méritants. Plus tard, lorsque le concours sera bien connu, et les candidats prévenus, les inconvénients de cette limitation seront moindres. La limite d'âge a surtout son utilité incontestable pour la sortie des carrières et c'est là qu'elle devrait être appliquée sans aucune exception (1). Le même article dit que les candidats auront à justifier de l'accomplissement d'un stage d'une année au moins, comme internes dans un asile public ou privé, consacré au traitement de l'aliénation mentale. Faut-il en conclure que les internes des hôpitaux de Paris, Montpellier, Bordeaux, Lyon, Lille, Nancy, etc., nommés au concours, qui n'auront point passé une année dans les asiles ou les quartiers d'hospices consacrés aux aliénés seront exclus du concours? S'il en était ainsi, ce serait profondément regrettable.

Nous lisons à l'article 4 que « tout admissible qui n'aurait pas été pourvu d'un emploi dans un délai de 6 ans à compter de la date du concours, aurait à se soumettre de *nouveau* aux épreuves instituées par le présent arrêté, à moins qu'il ne justifiât avoir, dans l'intervalle, été attaché pendant 3 trois ans au moins à un asile d'aliénés en qualité d'interne. » Cette mesure nous parait absolument inexplicable. Un docteur en médecine qui aura subi avec succès le concours pour une place de médecin adjoint, *concours supérieur*, n'ira pas concourir pour une place d'interne. Ajoutons que souvent on n'autorise à concourir pour l'internat que les étudiants en médecine. Quant à l'obligation de concourir une seconde fois pour la place de médecin adjoint, si, au bout de six ans, on n'a pas été placé, c'est là une obligation que rien ne justifie. Les médecins et les chirurgiens du Bureau central des hôpitaux de Paris, par exemple, peuvent être en disponibilité pendant des années et revenir ensuite prendre possession de leurs fonctions sans être astreints à un nouveau concours. Et c'est juste.

A l'article 6 il est dit que : « l'un des inspecteurs généraux des établissements de bienfaisance fera partie du jury. » La Commission dont nous faisions partie avait spécifié que cet inspecteur général serait un *médecin*. Il aurait mieux valu adopter sa proposition.

L'article 8, dont la Commission n'est nullement responsable, ne devrait pas être maintenu. Nous en reproduisons le texte :

(1) Le règlement du concours des asiles de la Seine permet aux étudiants de concourir jusqu'à 30 ans. Comment concilier ces deux réglementations ?

« ART. 8. — Ne sera pas soumis aux épreuves du concours institué par le présent arrêté le chef de la clinique des maladies mentales organisée à l'asile Sainte-Anne, lorsqu'il sera chargé des fonctions de médecin adjoint dans cet établissement, conformément aux dispositions des articles 3 et 4 de l'arrêté ministériel du 8 octobre 1879. »

Cet article accorde une nouvelle faveur à celles dont on a déjà comblé le professeur de clinique des maladies mentales de la Faculté de médecine de Paris. Personne ne peut donner une raison sérieuse d'une telle faveur. Elle aura pour conséquence de diminuer le nombre des candidats sérieux : les réclamations qui nous ont déjà été adressées ne nous laissent aucun doute à cet égard. En effet, les anciens internes des asiles de la Seine, recrutés par le concours ou les internes des hôpitaux de Paris qui auront été un an à Bicêtre ou à la Salpêtrière, consentiront difficilement à prendre part au concours pour les places de médecins adjoints, avec la perspective de ne pas pouvoir revenir dans les asiles de la Seine, sûrs d'avance que les places de médecins adjoints de ces asiles y seront données aux anciens chefs de clinique. Il n'est jamais venu à personne l'idée de confondre le concours des médecins des hôpitaux avec le concours d'agrégation. Un agrégé n'est pas, de ce fait, médecin des hôpitaux, pas plus qu'un médecin des hôpitaux n'est, pour cette raison, agrégé. Le docteur en médecine qui veut être agrégé et médecin des hôpitaux subit deux concours différents. Cette confusion a été faite dans les bureaux du Ministère de l'Intérieur et certainement la responsabilité n'en incombe pas à M. L. Bourgeois, sous-secrétaire d'Etat, qui a signé l'arrêté.

Nous terminerons par une dernière réflexion : le recrutement des médecins adjoints des asiles par le concours est, à notre avis, le meilleur. Il assure à l'administration un personnel instruit, à la hauteur de sa mission. Ce personnel sera peut-être plus indépendant, n'hésitera pas à faire valoir les droits des malades et de la science, n'en déplaise aux Bureaux ; le gouvernement n'en sera pas moins maître de son personnel médical, car il a toujours le moyen et le devoir de se débarrasser d'agents qui manqueraient de tact et se mettraient en hostilité avec lui. Il faut enfin, si l'on veut que le concours donne tous les bons résultats qu'on peut légitimement en attendre, qu'il soit bien entendu que, à l'avenir, toutes les places de médecins en chef et de directeurs médecins seront attribuées *sans exception* aux médecins adjoints qui auront été nommés au concours. S'il en était autrement, le concours serait un leurre et une duperie.

B.

ECOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE. — Des concours s'ouvriront : 1° le 1er avril 1889, devant la Faculté de Bordeaux pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à ladite école ; — 2° le 15 avril 1889, à ladite école, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques. Les registres d'inscriptions seront clos un mois avant l'ouverture de chacun desdits concours.

SANATORIUM DE BANYULS. *Inauguration.* — Le président du Conseil avait délégué M. Henri Monod, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur, pour le représenter, dimanche dernier, à l'inauguration de l'hôpital marin, destiné aux enfants rachitiques et scrofuleux, construit par le département des Pyrénées-Orientales, à Banyuls-sur-Mer. M. Monod a dit que la Méditerranée valait bien l'Océan au point de vue des Sanatoria. Les lecteurs du *Progrès* n'ont qu'à se rapporter à un précédent numéro (n° 39) pour se rendre compte de ce que nous en pensons.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 1er oct. 1888. — PRÉSIDENCE DE M. DESCLOIZEAUX.

M. MAREY lit un mémoire sur les *valeurs relatives des deux composantes de la force déployée dans le coup d'aile de l'oiseau, déduites de la direction et de l'insertion des fibres du muscle grand pectoral.* Par la photochronographie, M. Marey a pu mesurer les deux forces qui agissent dans le vol : l'une égale au poids de l'oiseau et destinée à le soutenir contre la pesanteur ; l'autre horizontale et le propulsant malgré la résistance de l'air ; cette dernière force est beaucoup plus grande que la première, du moins au moment de l'essor, et peut dépasser le double du poids de l'oiseau. Quoiqu'en aient dit les auteurs, cette théorie est exacte pour l'essor au moins. Il a semblé à M. Marey que la disposition des fibres musculaires du grand pectoral, ce muscle puissant qui produit à lui seul presque tout le travail d'un coup d'aile, devait fournir l'indication des valeurs relatives des composantes horizontale et verticale de la force de ce muscle. L'axe suivant lequel s'exerce l'effort moyen du pectoral chez la tourterelle est incliné sur l'horizon de 27° environ ; par conséquent ses projections verticale et horizontale sont entre elles sensiblement dans le rapport de 1 à 2. Il est probable qu'il y a des différences très notables d'attitude dans le vol des oiseaux, en raison même de conformations anatomiques différentes.

M. GOVI adresse un mémoire relatif à l'*invention du microscope composé* ; il prouve qu'elle est bien due à Drebell en 1621.

M. CARLET envoie une note sur la *locomotion terrestre des Reptiles et des Batraciens tétrapodes comparée à celle des Mammifères quadrupèdes.* Cette locomotion constitue une allure spéciale, voisine du trot des quadrupèdes, et qui pourrait être représentée exactement par celle de deux hommes marchant l'un derrière l'autre, d'un pas contraire. Cette marche ou reptation se fait par bipèdes diagonaux et comprend deux temps seulement. Dans l'allure en question, le corps éprouve tantôt des mouvements de bascule, comme chez le crapaud et la tortue, tantôt des incurvations latérales alternatives comme chez le lézard et la salamandre. C'est une sorte de trot lent, sans suspension du corps en l'air.

M. CARLET adresse une autre note sur la *marche d'un insecte rendu tétrapode par la suppression d'une paire de pattes.* Un insecte dans ces conditions, si la marche est lente, présente une allure à quatre temps, qui au début est celle de l'homme qui s'essaye à marcher à quatre pattes, mais qui ne tarde pas à se transformer en amble, genre de marche plus rapide de certains mammifères. Si la marche de l'insecte rendu tétrapode est rapide, on observe l'allure décrite ci-dessus pour les reptiles et les batraciens tétrapodes. Mais pour l'insecte mutilé il en résulte une accentuation du mouvement de bascule qui se produit à chaque pas autour du bipède diagonal à l'appui.

M. BRETONNIÈRE adresse un travail sur la *perforation des roches calcaires par les escargots.*

M. PHILIPPE THOMAS envoie un mémoire sur la *Géologie de la formation pliocène à troncs d'arbres silicifiés de la Tunisie* ; et M. FLICHE une note sur les *bois silicifiés de la Tunisie et de l'Algérie.*

M. BLEICHER fait remettre par M. Gaudry un travail sur des *recherches lithologiques sur la formation à bois silicifiés de la Tunisie et de l'Algérie.*

M. FOL adresse une note sur l'*emploi des appareils lumineux pour la pêche dans les grands fonds.*

MARCEL BAUDOUIN.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 6 octobre 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

M. BROWN-SÉQUARD émet l'opinion qui, dit-il, semblera peut-être paradoxale, que l'*oxygène* n'est pas aussi néces-

saire qu'on l'a dit à la *respiration* ; de même la toxicité de l'acide carbonique paraît avoir été exagérée. En effet, il a pu faire vivre, avec M. d'Arsonval, des animaux dans un milieu contenant 60 0/0 d'acide carbonique, de même qu'il a pu respirer avec son collaborateur des mélanges contenant 20 0/0 d'acide carbonique sans en être incommodé. Ces faits vont à l'encontre de ceux observés par M. Gréhant, mais cet observateur expérimentait sur des mélanges d'oxygène et d'acide carbonique, tandis que l'auteur a expérimenté sur des mélanges d'acide carbonique et d'air atmosphérique, c'est-à-dire des mélanges azotés. L'azote jouerait donc un rôle important dans les phénomènes respiratoires, rôle encore tout entier à élucider, d'ailleurs. Dans les cas rapportés, M. Hénocque a constaté qu'il n'y avait pas réduction de l'oxyhémoglobine.

M. Straus lit une note de MM. Kiener et Engel dans laquelle ces auteurs s'attachent à combattre l'opinion de M. Hayem qui soutient que l'*urobiline* est un élément normal de la bile chez l'homme et chez le bœuf. Jamais l'examen le plus minutieux n'a pu leur déceler l'existence de ce produit dans la bile normale de l'homme, du chien et du cheval. L'urobiline ne naît pas dans le foie, c'est un produit de la bilirubine transformée.

M. Laborde offre une brochure faite en collaboration avec M. Riche dans laquelle les deux auteurs s'appuyant, tant sur les recherches physiologiques que chimiques, démontrent l'*innocuité presque complète des sels de nickel*.

M. M. Duval communique le résultat de ses recherches sur la nature et la soudure du *placenta chez les Rongeurs*.

M. Chauveau dépose une note de M. Galtier, sur la *résistance du virus rabique, à la dessication et à la désorganisation cadavérique* ; — M. Gley une note de M. Asmtadouroff : *De la comparaison du développement des muscles chez l'embryon humain et chez les animaux à l'état adulte* ; — de M. Regnard sur les *tubes lumineux, destinés à éclairer les engins de pêche à de grandes profondeurs*.

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 octobre 1888. — Présidence de M. Hérard.

M. Chauvel fait une communication sur le *traitement des abcès intra-crâniens consécutifs aux suppurations de l'oreille*.— Les abcès intra-crâniens qui succèdent aux suppurations de l'oreille moyenne ne se décèlent pas d'habitude par un ensemble de symptômes qui leur soit propre ; mais, en général, on peut cependant en soupçonner l'existence. Ces abcès siègent le plus souvent au voisinage du rocher, vers la partie moyenne ou postérieure du lobe temporo-sphénoïdal. Quand la myringotomie et le nettoyage antiseptique de l'oreille moyenne, combinés avec la trépanation de l'apophyse mastoïde, ne produisent pas d'amélioration dans les phénomènes cérébraux,—quand le thrombose des sinus et la méningite semblent pouvoir être éliminées et que l'abcès central est probable, l'ouverture du crâne est indiquée. Suivant que les symptômes indiquent une lésion du cerveau ou du cervelet, le trépan est appliqué directement au-dessus du méat auditif, à distance égale des deux verticales qui circonscrivent le pavillon de l'oreille, ou à un doigt plus en arrière à hauteur ou près du bord supérieur du pavillon. Le crâne ouvert largement, la dure-mère est divisée et un fin trocart, enfoncé dans la substance cérébrale, indique la présence du pus, le siège du foyer et sert de guide au bistouri. L'abcès, soigneusement ouvert, est prudemment nettoyé et drainé avec soin. Au besoin, une contre-ouverture amène l'écoulement du pus et favorise la cicatrisation.

M. M. Perrin lit un rapport relatif à un précédent travail de M. Chauvel sur *deux cas d'extraction tardive de projectiles enclavés dans les os de la face*. La conclusion à tirer de ces deux faits, c'est qu'il faut aller à la recherche des corps étrangers ou des projectiles, quels qu'ils soient, immédiatement après la blessure, lorsque la chose est possible, et quand cette recherche n'expose à aucun danger sérieux. Il n'y a d'exception à cette règle de conduite que pour les plaies pénétrantes du crâne, de la poitrine ou de l'abdomen.

M. Verneuil, à l'occasion du travail lu par M. Bouchard dans la précédente séance sur le *paludisme et le diabète*, remarque que M. Mossé et M. Sorel n'établissent aucune relation entre le paludisme et le diabète. Il est cependant des pays où cette relation semble exister, à Panama et à Bombay, notamment. Le diabète paraît se produire dans les pays où la fièvre paludéenne se complique de l'endémie hépatique. En Tunisie, au contraire, l'oxalurie complique le paludisme.

M. Lagneau lit une note sur les *conditions démographiques de la diminution et de l'accroissement des familles*. — Sachant qu'au commencement de ce siècle, on comptait 4 enfants (4,14) par mariage, et qu'actuellement on n'en compte pas 3 (2,97), M. Lagneau a cherché à évaluer l'accroissement ou la diminution des familles suivant qu'elles ont une moyenne de 4 ou de 3 enfants. Il constate ainsi que 100 familles ayant 400 enfants, soit 4 enfants par mariage, aux 8e, 9e et 15e générations, après 217, 341, 434 ans, ont deux fois, près de 3 et 4 fois plus de garçons contractant mariage, soit 201, 295 et 392 garçons mariés, au lieu de 100 à la première génération.

Au contraire, pour les familles n'ayant que 3 enfants par ménage, la décroissance de la descendance masculine est rapide. Si notre population s'accroît annuellement encore quelque peu d'environ, 3 pour 1000 habitants, ce minime accroissement tient, d'une part, à la natalité illégitime de 7 à 8 enfants naturels sur 100 enfants en général ; d'autre part, à l'immigration de près de trois étrangers sur 100 habitants.

M. Terrillon communique l'observation d'une femme âgée de 30 ans, à laquelle il a pratiqué la *néphrectomie abdominale pour un rein ectopié tuberculeux*. Cette malade fut opérée le 20 janvier 1888 et est aujourd'hui bien portante.

M. Hayem lit un *rapport* sur le prix Desportes.

A. Josias.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 10 octobre 1888. — Présidence de M. Polaillon.

M. Nicaise, à propos des modes de sutures à distance cités par M. Desprès, rappelle qu'il a communiqué à la Société en 1882 un procédé analogue, dû à M. Desaix (de Reims) et se rapportant à la *suture médiale*. Il s'agissait d'une suture employée déjà par les Anciens, mais modifiée par ce chirurgien.

M. Tillaux présente des calculs vésicaux multiples extraits lors d'une taille hypogastrique ; il y en a sept et ils ressemblent à des calculs biliaires. Dans de cette opération, le ballon de Petersen a rendu à M. Tillaux de grands services. Ce n'est pas une raison, parce qu'un mode opératoire peut présenter parfois des inconvénients, pour le rejeter complètement. Le ballon est très utile dans les cas de paroi abdominale épaisse ; on trouve plus facilement la vessie. Il est aussi très commode dans les cas où le réservoir urinaire est presque vide, présente des parois épaisses, est peu considérable. Mais c'est surtout lors de cathétérisme rétrograde qu'il est bon de l'employer, car dans ces cas on ne peut rien injecter dans la vessie. Le ballon refoule plus ou moins le cul-de-sac péritonéal, mais il rapproche surtout la vessie de la paroi.

M. Desprès répond que le procédé de Desaix n'a rien à voir avec ceux qu'il a décrits, puisqu'il consiste seulement à placer les fils de telle sorte qu'ils ne passent pas par les lèvres de la plaie. Ce qui caractérise sa manière de faire, c'est l'avivement loin de la fistule. — A propos de l'emploi du ballon de Petersen, il rappelle qu'on a pu faire la taille hypogastrique, même chez l'enfant, sans y avoir recours. Lors de taille hypogastrique pour calculs, on peut refouler le calcul en haut, vers la paroi abdominale antérieure, en plaçant un doigt dans le rectum.

M. Quénu a employé le ballon rectal dans deux tailles : l'une chez un enfant, l'autre chez un malade atteint de tumeur vési-

cale. Dans les deux cas, le ballon lui a été très utile. Il ne faut pas se baser, pour distendre plus ou moins le ballon, sur des chiffres fixés d'avance. Tout dépend de la capacité du rectum. On doit tenir grand compte des indications fournies par les résistances qu'on éprouve.

M. Périer. — Le cathétérisme rétrogade est très facilité par l'emploi du ballon de Petersen. — Il croit qu'il faut distinguer la résistance dûe au ballon de celle des parois rectales. Pour supprimer les inconvénients de la première, il suffit de choisir toujours des ballons assez grands, pour ne pas avoir à les remplir complètement. Avec un ballon *trop large*, on n'a pas à lutter contre la résistance du caoutchouc.

M. Nicaise ajoute que chez son malade le ballon était assez grand pour contenir le liquide injecté sans être distendu.

M. Terrillon fait un rapport sur une observation de M. Charvot ayant trait à *un cas de tétanos céphalique*. Homme présentant une plaie contuse de la région malaire droite, causée le 25 mai par un coup de pied de cheval. Commotion cérébrale légère, puisque six heures après l'accident le blessé a repris connaissance. Pas d'enfoncement de l'os, plaie déchiquetée. Pas de gravité apparente, pronostic favorable, pansement boriqué; pas de complications pendant cinq jours; pas de fièvre, etc. — Le 31 mai au soir, température à 38°. Le lendemain, 1er juin (au 7e jour de la maladie), paralysie faciale droite très nettement accusée; pas de fièvre. Le 2 juin, apparition de phénomènes nerveux spasmodiques généralisés avec trismus des deux côtés; crises convulsives très douloureuses. Le trismus persiste pendant les périodes de calme. Le 3 juin, l'attouchement de la plaie provoque des crises convulsives. Bientôt l'affection gagne, malgré la morphine et le chloral. Le 5 juin, état très grave par une sorte d'asphyxie, analogue à celle produite par une striction au niveau du cou. Mort. Rien de spécial à l'autopsie, ni dans le cerveau, ni dans les nerfs. M. Terrillon rappelle les caractères de cette forme de tétanos qu'il a déjà étudiée avec M. Schwartz dans un article de la *Revue de Chirurgie* : Traumatisme de la face dans le domaine du trijumeau, évolution normale de la plaie, début par du trismus et une paralysie faciale; puis mort par généralisation, simulant l'hydrophobie, ou bien sans généralisation. Ce trismus, qui est unilatéral a pu être appelé trismus hémiplégique. On ne connaît que très peu de cas de guérison de cette forme de tétanos local. La paralysie est inexpliquée encore aujourd'hui. — M. Charvot avait, dans son cas, fait la section du nerf maxillaire supérieur; elle est rationnelle, mais doit être faite dès le début des accidents. L'observation rapportée ci-dessus vient à l'appui de la théorie de l'origine équine du tétanos.

M. Verneuil. — Cette forme de tétanos localisé à une moitié de la face est très rare. Il tient à rapprocher ces cas des faits qu'on observe lors d'inoculations expérimentales du tétanos. M. Nocard, en inoculant le flanc d'un animal, a noté que le tétanos débutait par du pleurosthotonos, et que cet hémitétanos durait plusieurs jours.

M. Tillaux a vu un cas de tétanos qui aurait pu induire en erreur et faire croire à un cas de rage; cependant la blessure ne siégeait pas à la face; le tétanos hydrophobique peut donc exister sans plaie dans le domaine du trijumeau.

M. Verneuil. — La forme pharyngée du tétanos est cependant plus commune dans les cas de plaies faciales; mais une telle plaie n'est pas indispensable. Quelquefois la trachéotomie peut être utile quand l'asphyxie devient menaçante dans ces formes-là.

M. Reclus vient d'observer à Tenon un cas de tétanos (le 3e dans la même salle), survenu lors d'une plaie fermée et dont la durée d'incubation a été de 7 jours. La malade n'a guère eu que des symptômes pharyngiens et est morte très rapidement.

M. Tillaux ajoute que son tétanique ressemblait énormément à un enragé (horreur absolu des liquides, etc.).

— M. Berger pense qu'on vient de confondre le *tétanos céphalique* avec le *tétanos hydrophobique* ou pharyngé. Ce n'est pas du tout la même chose; il s'agit de deux formes bien distinctes.

M. Terrillon insiste lui aussi sur cette distinction qui doit être absolue.

M. Berger discute *la conduite à tenir dans les cas d'enclavement des projectiles de petit calibre dans l'oreille moyenne et dans l'oreille interne* (balles de revolver). Il préconise la recherche et l'extraction de ces corps étrangers, car dans l'oreille, le foyer d'enclavement est presque toujours infecté, et des complications terribles sont à craindre. La recherche doit se faire avec le stylet-explorateur électrique de Trouvé. Cet instrument donne non seulement la notion que le corps étranger est bien là où on le cherche, mais indique aussi la direction, la profondeur des désordres qui l'accompagnent; grâce à lui on distingue le projectile des esquilles osseuses. Quand le canal traumatique n'est pas suffisant pour l'introduction des instruments, on doit recourir à une voie un peu détournée. On décolle le pavillon de l'oreille dans ses 2/3 supérieurs, en ayant soin de pratiquer la section des parties molles à une certaine distance du crâne pour faciliter la suture consécutive. On creuse s'il le faut l'apophyse mastoïde à la gouge. En se guidant sur l'explorateur électrique, on peut même évider le projectile par copeaux. L'opération terminée, la balle enlevée, on tamponne le canal de l'oreille avec de la gaze iodoformée. L'opération est bénigne, quand elle est faite antiseptiquement, mais la surdité est inévitable. Il cite deux observations à l'appui de la thérapeutique qu'il préconise. Un de ces cas est intéressant parce qu'il confirme la théorie de Lussana sur la physiologie de la corde du tympan, comme le fait de Thierry (*Soc. anat.*, 1888).

M. Terrillon rappelle une observation à peu près identique aux deux mentionnées par M. Berger. Elle a été publiée. Pour extraire une balle des cellules mastoïdiennes, il a appliqué une couronne de trépan au voisinage du conduit auditif. La guérison a été rapide; les phénomènes cérébraux qui nécessitèrent cette intervention disparurent de suite après.

M. Desprès croit qu'on ne doit pas toucher aux balles logées dans l'oreille; il cite des observations.

M. Berger répond que les observations de M. Despréè ne prouvent rien; elles montrent simplement que dans certains cas ces plaies guérissent seules.

M. Nicaise communique une observation de *corps étrangers de la vessie* (*canule d'irrigateur Eguysier*). Intervention à cause d'une cystite légère, du ténesme vésical, de la fréquence des mictions. Au toucher rectal, on ne sentait pas le corps étranger. Comme le canal de l'urèthre était exceptionnellement large, M. Nicaise essaya d'extraire le corps étranger par les voies naturelles à l'aide du redresseur Collin. Il y est parvenu en utilisant, en même temps que le redresseur, le toucher rectal pour bien placer le corps étranger dans cet instrument comme l'a décrit Guyon. A la suite, épididymite et uréthrite traumatiques. Administration de sulfate de quinine, qui causa une *éruption quinique*, la deuxième chez ce malade, qui en avait déjà eu une, tandis qu'il travaillait à la fabrication de ce médicament.

M. Bazy lit une note sur un *anévrysme cirsoïde de la main et du membre supérieur droit*. Marcel Baudouin.

61e CONGRÈS DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS.

Session de Bonn (1888) (suite). — *a.) Séances générales* (fin).

M. Wiesmann (de Fribourg). — *De la transmission héréditaire de caractères accidentellement provoqués*. L'an dernier des chats dépourvus de queues étaient présentés au Congrès; ils étaient nés sans queue parce que leur mère en avait été accidentellement privée. Mais, à cette manière de voir, M. Wiesmann objectait que cette particularité était simplement dû à ce que le chat domestique n'ayant pas besoin de cet appendice, la nature manifestait par la non production de l'organe inutile sa tendance fonctionnelle. Depuis, M. Wiesmann a sectionné la queue de toute une génération de rats élevés par lui et successivement mutilés dès leur naissance, à la suite de la mutilation de leurs générateurs. Après avoir élevé 4 générations, c'est-à-dire plus de 700 individus soumis à cette opération systématique, il vient affirmer qu'aucun d'eux n'a vu le jour privé de son appendice naturel qui n'a cessé de se présenter parfaitement développé. C'est exactement ce qui a lieu en dépit des milliers d'années dans les races soumises à la cir-

concision ; il n'y a pas d'exemple qu'un seul enfant soit né sans prépuce.

M. Virchow. — *Des déformations artificielles du corps humain.* Les expériences précédentes n'envisagent qu'un côté trop restreint, trop borné de la question. Ce qu'il faut distinguer, ce sont les modifications ayant pour terrain originel, l'œuf et celles qui constituent des altérations acquises prématurément pathologiques. Rien jusqu'ici ne vient prouver qu'en faisant subir de bonne heure des altérations du dernier genre à l'individu, c'est-à-dire en imposant au développement embryonnaire des processus pathologiques, on ne puisse déterminer graduellement la rétrogradation des organes correspondants. Voyez les déformations dues aux mœurs, à la mode, à la tradition dans les races. Et ici l'orateur passe en revue toutes les pratiques antihygiéniques du corset, etc., qui constituent autant de modifications incontestablement nocives dans les sources mêmes de la physiologie normale.

M. Exner. — *Des types de lacunes intellectuelles.* C'est à proprement parler de la différence entre l'instinct et l'intelligence que traite M. Exner. L'instinct n'a qu'un champ très limité; il ne tend qu'à un but circonscrit. L'intelligence, en associant deux séries de conceptions, en forme une troisième, s'ouvre de nouveaux horizons et se pose des problèmes inattendus qui lui permettent de calculer d'après la multiplicité des faits. Il y a lacune intellectuelle quand l'association des conceptions se trouve en défaut ou s'exécute à faux, quand par suite d'une induction erronée on ne tient compte que des premiers cas déjà examinés et qu'on ne se préoccupe ni de l'imprévu, ni du momentané, ni de l'extraordinaire. Tel est le raisonnement du condamné à mort qui, subissant sa peine un lundi trouve que la semaine commence bien, sans réfléchir que cette vérité n'est pas vraie pour lui; des joueurs qui prétendent attribuer la diminution de leurs chances à la succession d'un même nombre coup sur coup; des artistes qui jugent de la valeur d'une construction d'après le simple aspect de sa façade sans en pénétrer à fond les détails. On conçoit l'importance de cette étude au double point de vue du développement de l'intelligence chez l'enfant et de sa rétrocession dans les maladies mentales.

M. Meynert. — *Cerveau et sens moral.* On pourrait accepter comme sous-titre de cette communication le suivant : Du cerveau considéré comme appareil d'arrêt, comme frein des instincts naturels. Plus le cerveau est développé, plus il tend à subordonner le particulier au général ; c'est ce que l'on observe chez les animaux qui manifestent le développement de leur système nerveux central par de véritables institutions sociales; nous avons nommé les fourmis et les abeilles. Dans l'humanité nous voyons l'enfant se préoccuper exclusivement de sa conservation, de son petit « moi », et n'être qu'à l'échelon du parasite égoïste. A mesure que le cerveau se perfectionne, la conscience reprend ses droits, et l'organe refuse ces fonctions purement végétatives pour produire un « moi secondaire » qui l'emporte sur le « moi primaire » ; les intérêts généraux brillent et le sens moral est créé. Le cerveau devient-il malade, le voilà qui perd cette puissance réfrénatrice spéciale ; aussi, le paralytique général n'est-il qu'un impulsif égoïste. Ce frein n'existe-t-il plus à aucun degré ? nous avons devant nous le criminel, le parasite qui, ne se contentant pas de la table de son hôte, prétend le ruiner pour jouir de ses dépouilles.

M. Vaihinger (de Halle). — *Les sciences naturelles et l'école.* Hæckel a démontré que le développement de tout individu reproduit celui de son espèce. Il faut donc que le développement intellectuel de l'humanité soit photographié par l'enseignement et que, par suite, on initie d'abord les enfants aux temps bibliques, à l'histoire et aux langues des Grecs, des Romains, du Moyen Age, conservant pour l'âge mûr les langues modernes, les découvertes et les inventions de la géographie et des sciences (1).

M. Waldeyer. — *Les femmes et l'étude de la médecine.* L'émancipation de la femme, égalité civile et politique des deux sexes, et, au point de vue pratique, collation des droits professionnels, telle est la série des problèmes qui s'agitent autour de ce titre. Est-ce possible, est-ce socialement utile? L'histoire nous montre de nombreux portraits de femmes jouant un rôle notable en politique, en science, même en médecine. Et l'on ne saurait nier que la femme ne soit capable des mêmes efforts que l'homme. Mais la nature même des occupations médicales s'éloigne manifestement de la nature et de l'organisation psychique de la femme; les lois naturelles lui ont tracé un rôle tout différent (1).

b) Section de Médecine interne (suite).

Seconde séance. — Présidence de M. Biermer.

M. Ewick (de Cologne) communique les résultats de ses quarante années d'expériences sur les *sources d'eaux médicinales du pays du Rhin.* Son mémoire très-long ne peut être lu en entier.

M. Lender (de Berlin). *Du substratum pathologique de la population des pays inondés.* — Les modalités morbides se traduisent par de l'hypertrophie de la rate (malaria mise à part, bien entendu),des douleurs lancinantes, de la fièvre etc...Ce sont des symptômes à mettre sur le compte de l'imbibition du sol.

M. Schetelig (d'Hambourg) *présente des courbes sphygmiques* destinées à combler certaines lacunes.

M. Rieth (de Schluchsee) présente un *inhalateur médical* de son invention, destiné au traitement des affections chroniques des poumons au moyen de substances médicamenteuses volatiles. Un morceau d'ouate imprégnée de celles-ci repose dans une espèce de tabatière métallique ; un tuyau en part qui, s'accrochant au tour du bras de sujet, vient s'ouvrir dans sa bouche ; les narines sont obturées, à l'aide d'ouate ou pincées dans un ressort.

Troisième séance. — Présidence de M. Leichtenstern.

M. Leichtenstern (de Cologne). De *l'ankylostomiase.* — Cette affection parasitaire fréquente chez les briquetiers de la région de Cologne est plus répandue qu'on ne le croit généralement; la cachexie de montagne des vieux auteurs, endémique en bien des districts, en est la conséquence. Cette année on a pu enregistrer dans des districts de Cologne une détente considérable de cette maladie ; peut-être est-ce dû à la continuité des pluies.

M. Leo (de Berlin). — *Recherches sur le contenu de l'estomac chez les nourrissons* dans les conditions normales et pathologiques. Il s'agit de 30 sujets *normaux* âgés de deux heures à 12 mois ; à l'aide d'une sonde œsophagienne de Nélaton d'un diamètre approprié, on s'en va chercher les aliments; or, immédiatement après l'ingestion, on trouve que le lait maternel est neutre ou alcalin, le lait de vache et ses succédanés neutres ou un peu acides ; chez le nouveau-né avant la première ingestion, l'estomac contient toujours un liquide fortement acide, bien que l'eau de l'amnios soit alcaline. Les acides libres ne se rencontrent que vers la fin de la digestion ; ce sont des sels acides que l'on constate jusqu'à cette période, parce que le lait précipite l'acide (utilité du régime lacté dans les dyspepsies acides et l'*ulcus rotondum*). On a toujours trouvé de la pepsine et du ferment stomacal ; on a aussi trouvé du mucus et, chez le nouveau-né, souvent du sang d'origine extérieure ou provenant de la première période d'excitation d'une gastrite catarrhale. La digestion complète du lait dans l'estomac dure une heure à une heure trois quarts chez les enfants élevés à la mamelle, deux heures chez les enfants artificiellement nourris. La digestion engendre au bout d'une demi-heure du propeptone, puis du peptone ; c'est dans l'intestin grêle que semble s'effectuer le principal travail digestif; chez les nourrissons malades (choléra infantile, constipation, etc.) la réaction n'a cessé de se montrer acide, à raison d'acides volatils et d'acide lactique, pepsine et ferment gas-

(1) On voit que les Allemands ne sont pas tous progressistes. (P. K.).

(1) M. Waldeyer n'envisage évidemment ici que la femme dite [illegible], celle qui peut se payer le luxe de rester chez elle et qui, du reste, à force de s'occuper de son chez elle, finit par le confier à des domestiques, tant et si bien, qu'un beau jour ses enfants se trouvent allaités par des mercenaires. Il oublie qu'il y a toute une pléiade de femmes, obligées dans toutes les classes sociales de gagner la vie quotidienne : ouvrières, journalières, institutrices. Il oublie enfin que chez les peuples primitifs les femmes travaillent trop, et que dans toutes les campagnes la ménagère exécute de concert avec le mari et les enfants des deux sexes tous les travaux quels qu'ils soient, chez tous les peuples. (P. K.).

trique également présents. La digestion stomacale a, en revanche, paru considérablement ralentie, probablement par atonie de la tunique musculeuse.

La *discussion* qui s'engage ultérieurement met en relief l'influence qu'exercent les acides forts sur l'albumine (Finkler), les différences entre la digestion stomacale des enfants et celle des adultes (Finkler), la nécessité de traiter à la sonde œsophagienne la gastro-entérite catarrhale des enfants à la manière d'Ebstein (Senator).

M. Steiner (d'Heidelberg) décrit un cas d'*aphasie* rare, observé dans le service de Charcot; il s'agit de ce Français qui dès son jeune âge avait parlé anglais, pour plus tard s'adonner à l'espagnol; l'aphasie l'avait privé surtout de l'espagnol, un peu moins de l'anglais; il se servait surtout de sa langue maternelle.

M. Salmelsohn (de Cologne) présente un *cas d'affection rare du sympathique cervical*. Une femme vigoureuse, de 64 ans, sujette à des migraines du côté droit depuis son enfance, sans autre anomalies, présente du côté gauche le syndrôme d'Horner: diminution verticale de la fente palpébrale, du myosis avec affaiblissement de la réaction pupillaire, de la diminution de tension du globe oculaire. Pas de symptômes vaso-moteurs; ce côté, pâle, présente une hypothermie de 1° par rapport au côté sain. A droite, phénomènes des plus nets de paralysie vaso-motrice: rougeur hémilatérale de la face exactement limitée par la ligne médiane, hyperthermie, sueurs hémilatérales spontanément ou sous l'influence de la pilocarpine. Il s'agit ici de la bizarrerie que Cl. Bernard réalisa par l'expérimentation, de la dissociation des nerfs vaso-moteurs et oculo-pupillaire qui sont réunis dans le grand sympathique cervical. La cocaïne supprime très probablement le réflexe émanant du trijumeau (insensibilisation); il existe un dilatateur de la pupille, du moins d'après cet exemple. Telles sont les deux dernières conclusions de l'orateur.

C.) Section de Pathologie générale et d'Anatomie pathologique.

Première séance. — Présidence de M. De Zenker.

M. de Soyka (de l'Université de langue allemande de Prague), fournit les démonstrations des *améliorations* qu'il a introduites *en technique bactériologique*, soit pour faciliter la recherche, soit pour obtenir des préparations durables (collections). Au lieu de se servir des lames de Koch, il prend de petites capsules rondes, par exemple des lames à dilution dans lesquelles il a fait insérer sept dépressions arrondies contenant de la gélatine. La première cavité sert à recevoir le premier ensemencement du liquide à examiner; on y puise l'ensemencement de la seconde et ainsi de suite jusqu'à la septième, de sorte que, de même que les pharmaciens homœpathes, on obtient successivement des dilutions de plus en faibles qui se traduisent par des images très instructives, en ce qui concerne la richesse de la gélatine en microorganismes; en second lieu, la lamelle entière n'étant pas plus épaisse qu'une forte lamelle porte-objet, on est, sans plus de façon, tout préparé à l'observation, sous le microscope, des colonies isolées que renferment les dernières dilutions.

Son *terrain d'ensemencement* est solide; c'est une *pâte* composée de lait, bouillon et riz, que l'on verse dans une cupule de verre; on l'y fait prendre en masse après l'avoir inoculée, puis on recouvre d'une lamelle hermétiquement paraffinée. Cette pâte est d'un blanc grisâtre; les colonies y tranchent nettement; pour certains microbes (par exemple le Staphylococcus pyogenes aureus), M. de Soyka colore la pâte en bleu ou verdâtre, afin que les colonies forment un contraste plus frappant avec elle. On peut dans la même cupule disposer, près l'une de l'autre, des colonies de diverses bactéries, bien délimitées et tranchées. Cette pâte est modifiée par certains microbes d'une façon qui forme un nouveau signe diagnostique; c'est ainsi que les bacilles du sang de rate la dissocient et y tracent une sorte d'ulcération.

M. Bisch-Hirschfeld. — *Les maladies* et en particulier les *maladies infectieuses* se transmettant *de la mère au fœtus*, et *de quelle manière* se transmettent-elles? Ce savant a constaté le bacille du sang de rate dans le placenta même des chèvres et des lapins; il l'a surpris au point de contact du placenta maternel et du chorion, puis dans la membrane amniotique, dans le liquide amniotique, dans les vaisseaux sanguins et dans le foie de l'embryon. Il semble que ce passage soit précédé d'une période dégénérative du gâteau placentaire. Préparations à l'appui. Il n'en est pas de même chez les rats; résultats sont chez eux négatifs.

Remarquons, dit M. Gœrtner, que ces observations s'appliquent exclusivement au lapin et au sang de rate.—Il est presque certain que cette transmission n'est possible qu'après la lésion du placenta (Virchow) — lésions du reste que M. Bisch-Hirschfeld attribue à l'action du bacille qui prépare lui-même son passage. — M. Marchand n'a eu qu'un résultat positif chez les cobayes. (*A suivre*). P. Kéraval.

REVUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

I. — **De l'intubation dans le croup**; par L. Jacques.
II. — **Traité des maladies des enfants**: par Barthez et Sanné, 2e volume.
III. — **Hygiène de l'adolescence**; par Verrier.

I. — Le travail de M. Jacques, sur l'intubation du larynx dans le croup renferme treize observations personnelles. Deux fois seulement la guérison fut obtenue, mais il est remarquable qu'elle le fut chez des enfants de douze et de dix-neuf mois, à un âge où les succès par la trachéotomie sont exceptionnels.

Chez les tout jeunes enfants, le tubage semble donc devoir de plus en plus prendre la place de la trachéotomie, M. Jacques pense « qu'il rendra surtout des services pour les sujets ayant moins de trois ans et demi, chez lequels la trachéotomie est d'une exécution difficile et dont les résultats sont généralement des plus mauvais ». Il faut sans doute, dans chaque cas particulier, tenir plus de compte de la vigueur de l'enfant que de son âge réel; mais en moyenne, deux ans nous paraissent être la limite où la trachéotomie est facilement pratiquable et commence à donner une moyenne de succès très satisfaisante. Un court chapitre consacré au traitement de la laryngite striduleuse, des laryngosténoses chroniques par l'intubation sera aussi lu avec intérêt.

II. — Le deuxième volume du traité des maladies des Enfants, par Rilliet et Barthez, publié par Barthez et Samé, contient les maladies des appareils circulatoires digestifs et génito-urinaires. Un certain nombre de pages résument d'une façon très pratique, à la fin du volume, les maladies de la peau chez l'enfant.

III. — Dans l'ouvrage de M. Verrier sur l'hygiène de l'adolescence, nous signalerons surtout les chapitres sur le choix d'une profession et sur le traitement par l'hygiène, des prédispositions morbides héréditaires. Bien des déceptions de carrière, bien des morts prématurées seraient évitées, si les sages conseils de l'auteur étaient médités et suivis. A. F. Plicque.

CORRESPONDANCE

Union confraternelle des médecins de la Seine.

Paris, 26 septembre 1888.

Monsieur et très honoré confrère,

Quelques médecins s'occupent de la fondation d'une Société de Secours Mutuels entre médecins, qui, pour un versement de 5 francs par mois, recevraient une indemnité de 10 francs par jour de maladie, minimum qu'à notre avis puisse recevoir un médecin.

D'après les documents statistiques du ministère de l'intérieur la chose est possible.

En effet la moyenne du nombre des journées de maladie diminue dans les Sociétés de Secours Mutuels. En 1871 elle était de 5 fr. 95 par tête, en 1885 elle n'était plus que de 4 fr. 57 et elle diminue encore. Nous comptons de ce chef sur une dépense moyenne de 45 fr. par tête avec une cotisation annuelle de 60 fr., la différence constituant un fond de réserve après prélèvement des frais divers de gestion, qui dans les Sociétés n'excèdent pas 2 fr. par tête.

La différence du taux des cotisations (60 à 120 fr.) ne nous permet pas d'espérer dès le début la prospérité de l'association fondée par notre très honoré et très sympathique confrère M. le Dr Lagoguey, quoique son rapport à l'assemblée du 22 janvier dernier donne la preuve absolue, indiscutable de ce que nous avançons, jusqu'au 31 décembre 1887. Après une année d'existence, cette association possédait 6,741 fr. et n'avait pas eu un jour de maladie à payer.

M. Lagoguey propose la fondation d'un nouveau groupe à cotisation et à indemnité réduites à 5 fr. Créer deux groupes dans une même association nous paraît difficile.

Soyons tous égaux et formons ce qui est regrettable, j'en conviens, deux Sociétés de Secours Mutuels distinctes.

Une réunion générale aura lieu à très bref délai, qui discutera les statuts de l'*Union confraternelle des médecins du département de la Seine* (Assurance entre médecins en cas de maladie), réunion à laquelle ceux de nos confrères qui voudront bien me prévenir de leur désir d'y assister seront convoqués.

Veuillez agréer, je vous prie, Monsieur et très honoré confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr GRANGE, 2, rue Moret.

Lauréat de la Faculté de médecine de Paris, membre de la Chambre consultative des Sociétés de Secours Mutuels, de Retraites et de Prévoyance du département de la Seine.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de la phtisie pulmonaire; par HÉRARD et CORNIL. 2e édition. — Paris, 1888.

Peu de jours avant l'ouverture du *Congrès pour l'étude de la tuberculose* paraissait la deuxième édition du *Traité de la phtisie pulmonaire* d'Hérard et Cornil. Ce livre arrivait bien à point. Par une heureuse coïncidence, il devenait et reste encore l'introduction la plus complète et la mieux appropriée qui soit aux comptes-rendus détaillés des travaux de ce Congrès.

Et cependant les deuxièmes éditions ont souvent tort. Ce n'est pas toujours sans raison qu'on leur reproche de dénaturer les œuvres de premier jet sous prétexte de les améliorer. On croit bien faire en cherchant à rajeunir ce qui parait vieux ou suranné. Mais si certaines corrections ajoutent quelque chose à la valeur absolue des ouvrages scientifiques, c'est, presque nécessairement, au détriment de leur valeur historique et de leur originalité. Il y a des lacunes qu'il vaut mieux ne pas combler : dans un édifice les replâtrages sautent aux yeux tout d'abord, surtout lorsque les matériaux rapportés ne sont ni de même date ni de même provenance. Si le résultat pratique est satisfaisant, l'art y perd. De même, beaucoup de livres, perpétuellement « revus et augmentés » sont peu à peu devenus méconnaissables. La première édition de Laënnec est restée sinon la meilleure, du moins la plus intéressante malgré tout le talent des auteurs ou annotateurs de la deuxième et de la troisième. Cela est si vrai qu'on a cru devoir procéder à un second tirage de l'édition *princeps* à soixante années d'intervalle. On se figure malaisément une quatrième édition du *Traité de l'auscultation médiate* tenue au courant des découvertes et des applications de la microbiologie. Autant vaudrait en effacer le nom de Laënnec.

Aussi nous demandons-nous s'il est permis d'appeler *deuxième édition* de l'ouvrage classique de Hérard et Cornil, publié il y a vingt-deux ans, un second ouvrage dont le principal intérêt, si on le compare au premier, réside précisément dans la transformation complète que la science a subie depuis cette époque. C'est à peine si les acheteurs survivants de l'édition de 1866 reconnaîtraient le titre de leur volume. Car le second *h* du mot *phthisie*, cédant aux injonctions de l'Académie, s'est docilement résorbé. Puis, aux noms des deux premiers collaborateurs, Hérard et Cornil, le maître et l'élève d'autrefois, est venu s'en ajouter un troisième, celui de Hanot, maître à son tour, un nom aimé et sympathique s'il en fût.

La question ayant changé d'aspect, le plan de ce livre est tout autre. Ce n'est plus un exposé de faits anatomo-pathologiques ou cliniques, groupés méthodiquement pour servir d'arguments en faveur de la doctrine française de l'unité de la phtisie. C'est la démonstration bactériologique de cette unité. C'est l'histoire de ces mêmes faits cliniques et anatomo-pathologiques présentés dans leurs rapports avec le bacille spécifique. Là est l'originalité et, en quelque sorte, la justification de l'édition nouvelle. Il ne s'en suit pas que la lecture en soit devenue superflue pour le praticien. Au contraire ; car la notion du parasitisme, outre qu'elle apporte au problème diagnostique une simplification inappréciable, est de nature à fournir dès aujourd'hui à l'hygiène, et demain peut-être à la thérapeutique, la seule base rationnelle de leur intervention.

Le point de départ obligé d'une telle étude d'ensemble est donc l'histoire naturelle du parasite. On ne la trouvera nulle part ailleurs plus complète ni plus clairement exposée que dans la première partie de ce bel ouvrage. Le sujet y est envisagé sous toutes ses faces : nature, formes, variations du parasite, inoculations, procédés d'isolement, de coloration, de culture, etc.; rien n'est omis, rien n'est négligé. Et comme, parmi tous les milieux de culture, celui qui nous intéresse le plus est le parenchyme pulmonaire, les développements du début conduisent naturellement le lecteur à l'histoire anatomo-pathologique de la tuberculose ; ce sujet est traité dans la deuxième partie.

Ici les faits se multiplient. Il ne s'agit plus seulement de lésions d'autopsies, plus ou moins scrupuleusement analysés par le microscope ; il s'agit d'une anatomie pathologique expérimentale, faite de main d'homme, celle à laquelle ont si efficacement collaboré les vétérinaires depuis quelques années. C'est ainsi que la tuberculose des bovidés, du cheval, du porc, de la chèvre, du mouton, du lapin, des gallinacées, etc., est devenu l'objet de toute une vaste science imprévue, la *phtisiologie comparée*.

Les nombreuses questions étiologiques, auxquelles est consacrée la troisième partie, gravitent encore autour du bacille. D'où vient-il ce bacille ? Et comment se propage-t-il ? Comment surtout pénètre-t-il dans l'économie ? Quelles conditions préalables favorisent son accroissement, sa multiplication, ses migrations ? Est-il rien de plus intéressant que le rapprochement ou l'opposition des expériences avec les faits cliniques, et en particulier de l'inoculation avec la contagion ? Mais, en présence de ces problèmes d'une actualité si attachante, l'étiologie purement médicale ne perd pas ses droits : les diathèses, les antagonismes, l'influence des causes débilitantes telles que l'insuffisance de l'air respirable, de la lumière, des aliments, de l'épargne nutritive, tout est dans ce chapitre.

La quatrième partie, relative à la symptomatologie est la moins remaniée. On y retrouve les noms de tant de maîtres qui sont l'honneur de la clinique française depuis Laënnec, Louis, Andral, jusqu'à nos contemporains, y compris Hérard et Cornil.

Il n'est pas enfin jusqu'au traitement de la phtisie qui ne soit envisagé comme le complément pratique des principes bactériologiques. Cette cinquième et dernière partie est subdivisée en quatre chapitres principaux. On croit apprendre, à la lecture du premier, qu'il y a une *bactério-thérapie*. Mais si le mot est nouveau, la chose est ancienne. Déjà au XVIIe siècle le fameux charlatan Boïle combattait les microbes par les microbes. Il suscitait entre eux des luttes acharnées, qui ne devaient, prétendait-il, se terminer que par l'extermination complète des uns ou des autres. On peut douter des résultats. En tout cas, les récents essais d'atténuation ou de destruction du bacille tuberculeux par l'action antagoniste d'autres bactéries n'en ont pas donné de meilleurs. Mais l'avenir est plein de promesses. Le chapitre se termine par un exposé de ces méthodes modernes, dont la vogue est si éphémère (les inhalations gazeuses, les injections intrapulmonaires, les injections sous-cutanées, etc.).

Le traitement hygiénique repose sur des faits plus probants ; tout ce qui concerne l'alimentation, le genre de vie, les exercices physiques, la gymnastique respiratoire, etc., a plus de valeur aux yeux du praticien. On trouvera dans ce chapitre des indications intéressantes et utile sur les cures d'air de Davos, Saint-Moritz, Samaden, Lamaloïa, Göbersdorf, Falkenstein. Pourquoi, dans toute cette géographie, n'existe-t-il pas un seul nom français? La méthode n'a cependant rien de mystérieux ; la discipline en est le secret.

L'ouvrage se termine par le traitement médicinal et le traitement symptomatique.

C'est un livre qu'il faut avoir. E. B.

Lições clinicas sobre asferidas accidentas ecirurgicas ; par M. le baron de Saboia, doyen. — Janeiro, 1887 (Rio-Janeiro). Brochure de 97 pages avec 10 figures.

Après avoir fait remarquer que la clinique, en appréciant la nature et en posant le diagnostic de chaque cas en particulier, s'occupe bien plutôt des malades que des maladies qui sont du ressort des pathologies, M. le Pr Saboïa consent, pour répondre aux désirs de ses élèves, à faire quelques conférences sur les plaies et sur tout ce qui a des rapports avec cet important sujet. Il le fera avec plaisir, car la fréquence et la variété de ce genre de lésions doivent être connues des élèves qui auront alors une occasion de se rappeler certains préceptes et règles qu'on est trop souvent disposé à oublier. De plus, à cette étude se rattachent des problèmes très intéressants de pathologie, d'anatomie et de physiologie pathologiques, à cause des relations existant entre eux et les processus d'irritation et d'inflammation avec leurs nombreuses phases. Ensuite vient une description détaillée des plaies, divisées d'après le mode classique, et chaque variété en est accompagnée d'exemples puisés soit dans ses observations personnelles, soit dans les travaux étrangers ; l'attention est attirée sur l'importance clinique des *plaies à lambeau*, leur vitalité étant différente suivant que le lambeau est *centrifuge* ou *centripète*. Les phénomènes qui accompagnent les plaies sont divisés en *primitifs* et en *consécutifs* ; au premier groupe appartiennent *l'écartement des bords de la solution de continuité, l'écoulement sanguin et la douleur* : ces symptômes objectifs et leurs suites naturelles sont étudiés avec précision, de même que toutes les conséquences possibles. La marche, la terminaison des accidents et l'influence que ces derniers peuvent avoir sur la santé des blessés. Des exemples viennent encore confirmer les phénomènes décrits. Les phénomènes secondaires sont subdivisés en *locaux* et en *généraux*. 1° Description de ce qu'on appelle réunion des plaies par première et par deuxième *intention*, laquelle est encore nommée par *granulation*, par *suppuration*, par *cicatrisation*, on en devine les raisons. Description des détails intimes qui ont lieu à l'occasion de la réparation et de la guérison des tissus sectionnés et plus ou moins délabrés.

L'auteur résume d'une façon nette les théories qui ont été proposées pour l'explication des phénomènes de l'irritation et de l'inflammation, depuis Boerhaave, Hunter, Berard, Schwann jusqu'aux professeurs Cornil et Ranvier, en passant par Robin, le défenseur convaincu de la théorie des blastèmes et de la généralisation spontanée homogène, Goodrir et Virchow, Cohnheim, Balfour, Bird, etc. ; chemin faisant, il présente quelques critiques, montre le role des cellules *placentaires* de Klein dans la multiplication cellulaire, fait mention des cellules *vaso-formatives* de Ranvier et des éléments *angio-plastiques* de Ziegler et accepte les vues de Ranvier, de Zeigler, de Rouget, de Golubew, qui forment du reste l'opinion des anatomo-pathologistes. « Dans toute solution de continuité qui se réunit par première intention » dit l'auteur « il y a une formation et une multiplication cellulaire qui assureront en peu de temps l'adhésion des tissus en établissant la continuité entre les vaisseaux d'une part et entre les bords de la plaie de l'autre. Une fois que l'hémostasie est pratiquée, soit qu'on ait employé un des moyens appropriés connus ou qu'il y ait eu contraction des petits vaisseaux, les vaisseaux divisés se rétractent, le sang se coagule jusqu'aux collatérales les plus proches qui présentent le phénomène de la dilatation paralytique et celui de la distention par le sang. » Nécessité de l'intervention des vaso-constricteurs et des vaso-dilatateurs pour expliquer l'irritation vasculaire et les phénomènes classiques de l'inflammation, d'après C. Bernard, Vulpian, Dastre et Morat, Stricher, etc.

Dans la réunion par deuxième *intention*, les choses ont lieu d'une façon à peu près identique ; seulement, comme le traumatisme est beaucoup plus prononcé, l'irritation est plus intense ; alors, la prolifération cellulaire est prodigieuse, se conserve plus ou moins longtemps à l'état embryonnaire, et, au lieu de se transformer en tissu conjonctif, elle produit un tissu fibro-élastique plus ou moins mince — *tissu cicatriciel* ? Les phénomènes consécutifs généraux sont le sujet d'une étude minutieuse : le shock nerveux caractérisé par la disproportion entre le traumatisme (plaie, etc.) et ses conséquences, la prostration, l'hypothermie, les troubles cardio-vasculaires et surtout par la *stupeur* ; les nombreux accidents fébriles, depuis la fièvre traumatique jusqu'aux terribles infections par les microbes de la pyhémie, de l'infection putride, de l'érysipèle (streptococci en chainette) ; les cultures de Nepveu, de Cornil, Pasteur, de Orth, de Fillmann, Fehleisen, Koch, Passet, Charrin, etc., et leurs recherches ; les études du professeur Verneuil sur le tétanos et son origine chevaline ; enfin, la discussion de la théorie des *germes-contages* du professeur L. Lefort, pour lequel les proto-organismes sont le résultat et non la cause des perturbations fébriles et autres qui compliquent les plaies ; tout cela est exposé et développé avec le soin qu'exigent de telles questions. L'auteur conclut la *première partie* de son travail en disant avec M. le Pr Cornil : « Le micro-organisme pathogène de chaque maladie infectieuse est connu par ses cultures, sa forme et sa coloration ; introduit dans les tissus d'un animal, après des cultures bien faites, il reproduit presque toujours la même maladie ; on peut s'en servir pour inoculer d'autres animaux et reproduire par la culture, dans des bouillons préparés, le microbe initial. » L'auteur est partisan de la doctrine microbienne.

Aujourd'hui, le succès dans les opérations chirurgicales dépend bien moins des méthodes et des procédés opératoires, que du genre de pansement et de la façon dont il est appliqué sur les surfaces saignantes. Les moyens qu'on applique au traitement des plaies chirurgicales ou accidentelles sont : 1° *Des moyens communs à toutes les plaies en général* : 2° *des moyens spéciaux indiqués par chaque espèce de plaie, et* 3° *des moyens empêchant la manifestation d'accidents et d'états morbides qui peuvent compliquer les plaies.* 1° Les lavages et les pulvérisations des régions saignantes avec une solution plus ou moins faible de phénol, l'extraction de corps étrangers pouvant se trouver dans l'intérieur des blessures ; l'arrêt de l'écoulement du sang, qui peut être artériel, capillaire ou veineux, obtenu par la compression directe ou indirecte, par toute la série des astringents (applications froides plus ou moins astringentes, solution de teinture de benjoin, de perchlorure de fer, d'alun, etc., la cautérisation actuelle ou potentielle) ; la ligature des vaisseaux divisés à l'aide de diverses sortes de fils, parmi lesquels le catgut tient une des premières places — Lister fait préparer trois spécimens de catgut — la ligature immédiate et médiate des vaisseaux, les modifications de leurs tuniques par le fait des ligatures appliquées, l'absorption plus ou moins prompte des fils employés et tout ce qui a trait à la formation et aux changements du caillot, tout cela est appuyé sur des exemples bien choisis. En somme, quand il s'agit de combattre une hémorrhagie le procédé chirurgical employé n'a d'autre but que celui de produire et de favoriser la coagulation du sang, c'est-à-dire l'hémostasie. 2° Discussion des cas dans lesquels on doit préférer la réunion par première ou par deuxième intention ; lorsque les tissus à réunir n'ont pas de *tension* et qu'on a empêché la rétention de liquides séro-sanguinolents, etc. Dans ces cas, la réunion immédiate peut, sans inconvénients, être pratiquée ; dans le cas contraire et dans certaines opérations, comme la taille hypogastrique ou périnéale, on est forcé d'adopter la réunion par granulation. Les points de suture sont superficiels et profonds, ils sont quelquefois superposés par plans (professeur Buisson), il y a la suture de Jobert de Lamballe, de Laugier, etc. Ensuite, description des sutures *entrecoupée, entortillée, à points passés* ; chacune a ses indications qui varient beaucoup selon les circonstances

et l'état des surfaces saignantes. 3° Etude comparative des divers systèmes de traitement des plaies; le pansement par l'*exposition à l'air* imaginé par Kern et suivi par Vezin en 1856, Burow en 1866, Krönlein, Roze; le pansement par l'*occlusion thermique*, de Guyot, le pansement par l'*occlusion pneumatique* et l'*aspiration continue*, de Maisonneuve; le pansement *ouaté* d'Alfonse Guérin et le traitement des plaies par la méthode de Lister, sont passés en revue par l'auteur, suivant lequel la *méthode antiseptique* de Lister, mise en usage avec les *précautions recommandées* par lui et ses partisans, est un des plus grands progrès qu'aient accomplis la science et l'art chirurgical au profit de l'humanité. Après avoir donné dans tous ses détails la méthode et les procédés antiseptiques, et en avoir montré les avantages, reconnus presque universellement à l'heure présente, il se demande par quels motifs un chirurgien très distingué, M. le professeur L. Lefort, trouve la doctrine microbienne illogique et puérile ! Les *germes-contages*, développés spontanément chez un blessé ou un amputé par suite de l'encombrement, de la mauvaise constitution, etc., des malades, et transmis ensuite par le chirurgien et ses nombreux aides pour être déposés sur d'autres plaies, n'ont pas été acceptés par la majorité. Les règles suivant lesquelles on doit placer les membres et les parties saignantes varient avec le siège, la direction et l'étendue de la solution de continuité. M. de Saboïa, à qui l'on doit l'introduction (1875) à Rio-Janeiro, de la méthode et des procédés antiseptiques de Lister, en a toujours eu les meilleurs résultats possibles, son expérience est assez grande. Pour citer quelques chiffres, disons que de 1873 à 1877, la mortalité des amputés de cuisse fut de 8 0/0, celle des amputés de jambe de 3 0/0, tandis que de 81 à 85, elle fut de 3 0/0 pour les premiers, et de 0 0/0 pour les seconds. Les complications consistaient en érysipèles, pyhémies, septicémies, lymphatites, tétanos, etc. En somme, monographie bien écrite et riche de faits.

Souza Leite.

Notes sur quelques-unes des fonctions motrices de certains nerfs crâniens (V, VII, IX, X, XI, XII) et des trois premiers nerfs cervicaux chez le singe (*Macacus sinicus*); par Ch. E. Beevor et Victor Horsley. (*Proceedings of the Royal Society*, Vol. 44).

Après avoir exposé la méthode qu'ils ont employée, les auteurs indiquent les résultats auxquels les a conduits l'excitation faradique des nerfs crâniens suivants : V^e^ *paire*. Branche motrice = fermeture vigoureuse des mâchoires; l'excitation d'un seul côté amène uniquement la contraction des muscles d'un seul côté sans aucune déviation latérale de la mâchoire. — VIIe *paire*. Les auteurs s'élèvent avec force contre l'opinion émise par certains auteurs que ce nerf présiderait aux mouvements du voile du palais (*m. levator palati*; d'après eux cette assertion est entièrement fausse, ce muscle est innervé uniquement par la XIe *paire*.— IXe *paire*, *glossopharyngien* = M. stylopharyngien, et peut-être la partie moyenne du constricteur du pharynx, mais non le voile du palais, sauf d'une façon réflexe. — X^e^ *pneumogastrique*. Par l'excitation de ce nerf non coupé, en dehors du crâne, mouvements de déglutition très vraisemblablement réflexes. — XIe *spinal*. Son excitation détermine l'élévation du voile du palais du même côté; la voie par laquelle les fibres de ce nerf se rendent au voile du palais est probablement la branche supérieure du plexus pharyngé.—XIIe, *hypoglosse*. Quand on excitait le nerf entier immédiatement au-dessous du point où il est rejoint par le premier nerf cervical, la langue s'aplatissait en arrière du même côté et sa pointe était tirée aussi du même côté en avant; en aucun cas on ne constatait un heaping up of the tongue. En même temps les abaisseurs de l'os hyoïde étaient mis en action. Quand l'excitation était faite dans le crâne, l'action sur les abaisseurs de l'os hyoïde faisait défaut: ce qui, d'après les auteurs, tient à ce que les fibres qui, par l'intermédiaire de la IXe paire, se rendent à ces muscles et semblent venir de l'hypoglosse, sont en réalité fournies par la Ire et la IIe paires cervicales. Pour les *nerfs spinaux*, l'excitation a porté : α — dans l'intérieur du canal rachidien; β — au cou, immédiatement au-dessus de la sortie des nerfs entre les apophyses transverses. — Ier *nerf cervical*. Branche d'union avec l'hypoglosse : En disséquant soigneusement ce rameau et en l'excitant, on constate qu'il n'y a aucun mouvement de la langue, mais une mise en action des muscles abaisseurs de l'os hyoïde, surtout du sterno-hyoïdien et du sterno-thyroïdien, plus rarement de l'omo-hyoïdien et lorsque celui-ci se contracte, c'est presque uniquement son ventre antérieur. — IIe *nerf cervical*. Rameau pour la branche descendante du glossopharyngien. L'effet produit par l'excitation fut également la contraction des abaisseurs de l'os hyoïde; mais non dans le même ordre que pour la Ire paire. C'était l'omo-hyoïdien qui était le plus constamment mis en action et surtout son ventre postérieur; les sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien étaient aussi animés de mouvements, mais à un moindre degré.—*Branche descendante du glosso-pharyngien:* son action et son origine ont été signalées plus haut. — IIIe *nerf cervical*. En excitant le rameau de ce nerf qui forme le deuxième nerf cervical, juste avant que l'anse ainsi formée soit en connexion avec la branche descendante du glosso-pharyngien, il n'y avait aucune contraction des abaisseurs de l'os hyoïde. Il semble donc certain que ces muscles sont innervés seulement par des fibres venant du 1er et du 2e nerfs cervicaux. Pierre Marie.

Contribution clinique à l'étude de l'innervation de la vessie, du rectum et de la fonction sexuelle (chez l'homme): par M. Bernhardt (Communication à la *Société de Psychiatrie de Berlin*, 11 mai 1888, in *Berliner Klin. Wochenschr.*, 1888, n° 32).

Il s'agit d'un maçon tombé d'une hauteur du deuxième étage sur les fesses (pas de perte de connaissance); rétention d'urine, incontinence des matières fécales qui sortaient sans même que le malade en eût conscience. Pas de troubles de la motibilité. Réflexes tendineux et cutanés conservés. Pas de troubles de la sensibilité, sauf une anesthésie absolue pour la douleur et la température, dans la rainure interfessière, à l'anus, aux fesses des deux côtés dans une étendue de 2 à 3 cent. en dehors de la rainure; elle descendait en bas jusqu'à un travers de main au-dessus du creux poplité, occupant la région interne des cuisses sans dépasser une ligne tirée le long de celles-ci au milieu de leur région postérieure. Le pubis tout entier était anesthésique. Ainsi que les bourses et le pénis depuis le gland jusqu'à la racine. La région sus-pubienne et la face interne des cuisses avaient conservé intacte leur sensibilité, ainsi que presque toute la région sacrée. — Aucune déformation du rachis ou de la région sacrée. Au bout de plusieurs mois amélioration très notable, mais le malade se plaignait que dans le coït, le sperme ne s'écoulât que lentement et comme goutte à goutte, bien que toutes les autres phases du coït s'accomplissent d'une façon normale, et que celui-ci s'accompagnât de jouissance. Quand on électrisait le pubis ou même le rectum, non seulement le malade n'éprouvait aucune sensation, mais encore le doigt du médecin introduit dans cette cavité, ne percevait aucune contraction. — Plus tard encore l'amélioration augmenta progressivement. M. Bernhardt fait suivre cette observation de considérations intéressantes et d'une discussion très minutieuse sur les phénomènes qui permettent d'après lui de localiser la lésion en présence de laquelle on s'est trouvé. Après avoir rapporté plusieurs faits plus ou moins analogues (Thorburn, Kirchhoff, Westphal, M. Rosenthal) il arrive à conclure que l'altération des nerfs, des plexus honteux et coccygien, peut être limitée à ceux-ci sans participation de la moell et déterminer les mêmes phénomènes pathologiques que lorsque le segment correspondant de la moelle elle-même est atteinte. — Il fait en outre remarquer que les conducteurs nerveux présidant à l'érection et à l'éjaculation, doivent être distingués de ceux préposés aux fonctions de la vessie et du rectum et enfin, que bien qu'il a ait conservation de la Potentia et de la Libido cœundi, il peut y avoir impotentia generandi par suite de la paralysie des organes d'expulsion du sperme. (Nous avons éprouvé quelque surprise en constatant que dans sa discussion, d'ailleurs très bien conduite, M. Bernhardt n'a pas une seule fois envisagé l'hypothèse d'après laquelle l'hystero-traumatisme aurait pu jouer dans ce cas un certain rôle).

Pierre Marie.

Traitement de l'empyème (*Procédé opératoire, par le drainage et l'irrigation sous-cutanée*), par le Dr Robertson. — John Heywood, éditeur. Londres, 1888.

Le procédé opératoire que propose le Dr Robertson, est destiné à empêcher par tous les moyens possibles l'entrée de l'air dans la cavité pleurale. Pour arriver à ce résultat, l'auteur introduit l'un après l'autre, dans l'incision intercostale faite avec le bistouri, deux tubes en caoutchouc maintenus béants par deux tubes en verre, en serrant tout autour les lèvres de la plaie, afin d'empêcher l'issue du pus Les extrémités des tubes continuées par un système de tubes en verre et en caoutchouc, sont plongées dans des vases contenant une solution antiseptique. Le pus s'échappe dans ces derniers, et l'aspiration thoracique ne peut ainsi faire remonter l'air dans la cavité pleurale. Une injection antiseptique est faite dans cette dernière, avant le premier pansement, par l'un des tubes, et le liquide sort par l'extrémité de l'autre, toujours plongée dans un récipient contenant une solution de sublimé. Pour faire le pansement, la lumière des tubes est fermée au moyen d'une pince, les lèvres de la plaie sont obstruées au moyen de collodion iodoformé, et un pansement occlusit et antiseptique est placé autour des tubes. Pour faire les irrigations dans la plèvre, les systèmes de tubes sont de nouveau réappliqués avec toutes les précautions mentionnées plus haut, et les pinces retirées, puis tout se fait comme pour la première injection. Il va sans dire, que toutes les précautions de l'antisepsie sont prises pour le lavage des instruments, l'opération et le pansement de la plaie opératoire. Ce travail comporte l'exposition de 13 cas d'empyème traités par ce procédé. L'enlèvement des tubes a été fait au bout d'un temps variant de 9 jours à 1 mois. Un des accidents les plus fréquents est l'obturation des tubes par un bouchon de fausses membranes; l'auteur donne les moyens utilisés par lui pour y remédier, et il ne redoute pas trop cet accident. D'autre part, si les injections ne sont pas bien faites, le pus peut devenir septique, et on est obligé de laisser la plaie ouverte comme d'habitude. Est-il indispensable d'empêcher ainsi l'accès de l'air dans la plèvre? Nous voyons tous les jours l'opération de l'empyème faite par le procédé ordinaire avec injections rares, et par la méthode antiseptique rigoureuse, donner d'aussi bons résultats. Les injections qu'on est obligé de faire tous les jours et même deux fois par jour au début, avec le procédé que nous relatons, empêchent le recollement des plèvres et défont le travail de bourgeonnement de leurs parois. A. Raoult.

De l'obstruction des fosses nasales consécutive à l'hypertrophie de la lame quadrangulaire de la cloison; par le Dr M...r — Paris, Doin, éditeur, 1888.

Après avoir rappelé l'anatomie des fosses nasales, l'auteur fait l'historique de la question. Il rappelle ensuite les symptômes subjectifs et objectifs habituels et passe en revue les procédés de Blandin, de Bryant, de Chassaignac, de Demarquay, de Richet, de Bosworth, etc., enfin il arrive à la galvano-caustique chimique qu'il étudie en détail. On enfonce l'aiguille négative dans la tumeur et l'on fait passer le courant pendant 6 à 10 minutes environ. Il s'en suit une perte de substance assez considérable. L'opération doit être renouvelée tous les dix ou quinze jours. Par ce procédé, on ne détermine aucune cicatrice visible, on n'effraie pas le malade et l'on obtient avec la plus grande facilité le rétablissement complet de la respiration nasale. Suivent 5 observations qui appuient les conclusions de l'auteur.

Un cas de fibrôme de la dure-mère spinale; par X. Francotte. *Société médico-chirurgicale de Liège*, 9 février 1888.

Femme de 26 ans, début l'année précédente par des douleurs dans les membres inférieurs, puis bientôt contracture en flexion de ceux-ci au niveau des genoux et gêne de la marche, enfin paralysie, incontinence de l'urine et des matières fécales, décubitus. Sensibilité diminuée aux membres inférieurs et au tronc; absence des réflexes rotuliens et abdominaux; réflexe plantaire manque à droite, faible à gauche. A l'autopsie on trouve un fibrôme occupant l'espace compris entre les 3e et 4e paires dorsales; il existait à ce niveau dans la moelle des lésions de compression très-intenses. L'auteur relève la marche assez rapide des accidents, après une tentative chirurgicale de redressement; d'autre part, la persistance relative de la sensibilité. Quant à l'absence des réflexes il se demande comment l'expliquer, étant donné le siège de la lésion à la partie supérieure de la région dorsale, peut-être à des altérations peu prononcées à la vérité, qu'il a rencontrées du côté des cellules des cornes antérieures dans toute l'étendue de la moelle et qui seraient la manifestation du trouble de nutrition de cet organe au moment de l'aggravation des phénomènes. Pierre Marie.

Quelques considérations sur la maladie de Parkinson; par G. Gauthier (de Charolles), *Lyon médical*, 26 août-2 sept. 1888.

L'auteur a eu l'occasion d'observer dans ces dernières années 6 cas de maladie de Parkinson dont il donne les observations résumées; il en a profité pour chercher à pénétrer l'étiologie de cette affection. Il établit d'abord que la maladie de Parkinson n'offre pas les caractères des névroses et que les symptômes qui la constituent sont exclusivement des troubles du système musculaire sous la dépendance de la rigidité des muscles par un phénomène d'origine non pas nerveuse, mais *idio-musculaire*. Puis il montre l'importance de la phosphaturie dans la maladie de Parkinson, phosphaturie due aux efforts musculaires et d'autant plus grave que l'apport des phosphates chez ces malades était moindre par suite de leur tendance à faire surtout usage d'aliments végétaux, phosphaturie d'origine musculaire, dit M. Gauthier, et non d'origine cérébro-spinale comme le pensait M. Chéron. La paralysie agitante devrait donc être considérée comme la manifestation d'une dystrophie du système musculaire. Pierre Marie.

Etudes sur l'hystérie infantile; par Arthur Clopatt. — Helsingfors et Paris. Berthier, 1888.

L'auteur, pendant son séjour à Paris, a eu l'occasion de voir quelques cas d'hystérie infantile et a désiré poursuivre ses études sur ce sujet. Il en a puisé les éléments dans les services de MM. Charcot et Grancher, et dans des recherches bibliographiques approfondies qui lui ont fourni 272 observations. Mettant à profit ce matériel considérable, M. Clopatt donne une description très soignée des différents troubles qui peuvent s'observer dans cette affection. Les symptômes sont étudiés suivant le groupement physiologique (motilité, sensibilité, etc.). Des chapitres spéciaux sont consacrés à l'étude du diagnostic, du pronostic et du traitement de l'hystérie infantile et de ses principales manifestations. Pierre Marie.

Anesthésie par le protoxyde d'azote et l'éther combinés.

Très préoccupés des accidents consécutifs à l'emploi du chloroforme en anesthésie, les Anglais et les Américains emploient de préférence les vapeurs d'éther, soient seules, soient unies à celles du chloroforme. Il ressort, en effet, des témoignages oraux que nous avons recueillis, dans une récente visite aux hôpitaux de Londres, que les accidents consécutifs à l'anesthésie par le chloroforme seraient beaucoup plus fréquents là bas que chez nous. La douleur provoquée par l'inhalation de l'éther, et la difficulté du maniement de cet anesthésique ont fait rechercher des perfectionnements au manuel opératoire; et c'est à la méthode que nous avons vu employer par M. le Dr Braine, de Londres, que nous allons consacrer quelques lignes. Ce médecin emploie le protoxyde d'azote pour provoquer l'anesthésie rapide et éviter la période d'excitation; puis il prolonge l'anesthésie ainsi obtenue en remplaçant, par les vapeurs d'éther, le protoxyde d'azote. Il utilise cette combinaison dans tous les cas où l'anesthésie opératoire doit être de trop longue durée pour être uniquement due au protoxyde dont l'emploi prolongé met en danger la vie du malade.

Par cette méthode il supprime la sensation de suffocation douloureuse que provoquent les premières inhalations d'éther pur et la période d'excitation, si violente par ce mode d'anesthésie, qu'il faut, lorsqu'on l'emploie, se munir soit d'appareils coercitifs, soit de plusieurs vigoureux infirmiers qui maintiennent le malade. M. le Dr Braine, l'inventeur de la méthode dont il nous a fort aimablement expliqué les avantages pratiques, en a fait devant nous l'application sur une jeune malade à laquelle le Dr U. Pritchard, de King's College, devait extirper des polypes adénoïdes du pharynx. Nous les remercions très

vivement tous deux de nous avoir autorisée à assister à cette opération.

Le manuel opératoire et l'instrumentation sont fort simples : pour le protoxyde, un flacon en métal, mis en communication avec un ballon en caoutchouc analogue aux ballons d'oxygène, que l'on visse ensuite sur un masque en caoutchouc; pour l'éther, un flacon vissé, et un masque également en caoutchouc, séparé par une éponge d'un ballon plein d'air ; — voici pour l'instrumentation, à laquelle il faut ajouter une serviette ou des compresses trempées dans de l'eau chaude appliquées sur le masque à éther pour éviter la congélation de l'éponge. Le malade, à jeun et débarrassé de tous liens, est couché horizontalement, la tête un peu relevée; on lui applique sur la face, de façon à cacher le nez et la bouche, le masque en communication avec le ballon préalablement rempli de protoxyde et serré sous le bras du médecin préposé à l'anesthésie; et, lorsqu'il a inspiré largement, sans éprouver la moindre douleur, et sans chercher à se soustraire au masque, un nombre variable de bouffées, on sent le pouls diminuer, on voit la face pâlir, et la résolution commence; immédiatement l'opérateur remplace par le masque à éther le protoxyde d'azote, et le malade ne respire plus que l'éther pur.

Un peu de raideur dans les membres, le relèvement rapide du pouls, quelques légers mouvements indiquent seuls le changement d'anesthésique ; rapidement la résolution devient complète et l'on peut procéder à l'opération. Dès que l'on cesse l'emploi de l'éther, le malade revient rapidement à lui, et rarement éprouve des vomissements. Il n'a en aucune façon la sensation de brûlure qu'ont habituellement les patients anesthésiés par l'éther pur, et ne se rappelle que le rêve agréable qui a accompagné la première période de l'anesthésie par le protoxyde.

L'enfant que nous avons vue opérer après une anesthésie d'un quart d'heure s'en est allée à pieds sans aucun trouble de la respiration ni de la circulation.

Ce mode d'anesthésie est employé sur une vaste échelle dans la plupart des hôpitaux de Londres, où le Dr Braine prête son concours *d'anesthésieur* aux chirurgiens d'Outre-Manche.

Blanche EDWARDS.

Traitement orthopédique de la coxalgie.

Nous avons été à même, grâce à l'obligeance de M. Tonks, House Physician au Royal Free Hospital, d'étudier un système orthopédique employé pour assurer la guérison des déviations dans la coxalgie. L'enfant atteint de coxalgie, quelque soit l'état de son articulation, quelle que soit la déviation provoquée par la tumeur blanche, est couché le dos à plat sur une gouttière, de façon à *supprimer complètement l'ensellure*; de cette façon le membre est fléchi, dans l'adduction ou dans l'abduction suivant les cas, la gouttière mobile suit le membre inférieur dans sa position vicieuse, et y est maintenu au moyen d'une corde fixée d'une part à l'étrier de la gouttière, de l'autre à un poids qu'elle soutient, après avoir posé par dessus une petite poulie placée au pied du lit. Cette poulie est mobilisable dans le sens de la hauteur au moyen d'une crémaillière à degrés d'un centimètre environ, et cette crémaillière glisse elle-même dans la rainure graduée d'une planche fixée contre les pieds du berceau.

Quand l'enfant est couché dans sa gouttière, fixée elle-même au lit, la jambe est complètement maintenue dans sa position vicieuse, l'*ensellure étant corrigée;* tous les quatre ou cinq jours, régulièrement, la poulie est abaissée d'un degré dans la crémaillère et la flexion corrigée d'autant ; en même temps, la tige longitudinale glisse dans la rainure pour corriger d'un degré, soit l'adduction, soit l'abduction, faisant ainsi décrire au membre malade, dans un temps variable, suivant la déviation, tous les degrés entre la déviation primitive et la guérison complète de cette déviation, tandis que la légère traction exercée par le poids, et qui doit toujours être facile à supporter pour le malade, évite le raccourcissement. Chaque fois que l'on fait décrire un changement à la direction de la gouttière, il faut s'assurer du maintien de la correction de l'ensellure.

Nous avons vu trois enfants soumis à ce traitement orthopédique; l'un d'entre eux venait d'être placé dans la gouttière, et la jambe était maintenue très-haut, et très en dedans ; quoique le poids eut été appliqué depuis quelques jours à peine, et que l'articulation fût entourée de fistules, l'enfant était gai et ne souffrait aucunement; tandis qu'à côté, une fillette de 8 ou 9 ans en traitement depuis un peu plus d'un an était presqu'entièrement corrigée d'une déviation considérable, consignée dans l'observation. Ce traitement orthopédique, est du reste appliqué sans que les autres traitements locaux et généraux cessent d'être employés pour la guérison du sujet, et la suppuration de l'articulation n'est pas, paraît-il, une contre-indication.

Blanche EDWARDS.

VARIA

HYGIÈNE PUBLIQUE.

Assainissement de Paris ; par M. le Pr Emile TRÉLAT (1).

Paris, malgré son site, garde, à l'encontre de Londres, de Berlin, de Bruxelles, etc., une mortalité considérable. La cause est facile à trouver : on répartit mal à Paris l'eau qui doit servir à l'alimentation, au nettoyage des maisons, etc. On le sait depuis vingt ans ; aujourd'hui seulement, l'assainissement de Paris est sur le point d'être réalisé. Il doit comprendre deux opérations :

1° L'entretien de la propreté de la maison et de la rue, ce qui implique leur lavage ininterrompu et l'expulsion incessante des eaux de lavage ;

2° La défense du fleuve contre toute pollution par les eaux de lavage, ce qui implique l'épuration de ces eaux avant tout retour au thalweg.

Le lavage des locaux souillés (cabinets d'aisances, éviers de cuisine) se fait minutieusement à l'aide des excellents appareils dont nous devons la première application aux Anglais : *appareils émaillés, réservoirs de chasse, siphons d'isolement.* L'adduction des eaux de lavage s'effectue rapidement par nos égouts aérés, pentueux et munis de chasses d'eau.

L'épuration des eaux d'égout s'opère complètement aux champs par des arrosages méthodiques. Le sol choisi est perméable, c'est-à-dire facile à pénétrer par l'eau ; poreux, c'est-à-dire criblé d'orifices qui y laissent descendre profondément l'air de la surface. Des petites rigoles, où, par intermittence, court l'eau d'égout, séparent de larges plates-bandes béantes à l'air libre. Quant les rigoles sont en activité, l'eau dépose sur leur fond les grosses matières qu'elle entrainait et pénètre latéralement sous les plates-bandes en y portant toutes ses souillures fines ou diluées. Quand elles sont au repos, leur fond est *biné*.

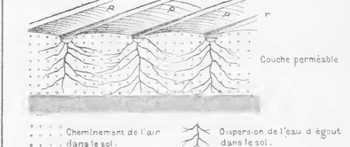


Fig. 28. Schéma explicatif de l'épuration de l'eau d'égout par le sol

Aux plates-bandes les binages se multiplient, commandés qu'ils sont par l'exubérance d'une végétation si fortement et si profondément fumée. C'est dans ces sols meubles par nature et sans cesse ameublis par la main du cultivateur, que s'effectuent ces merveilleuses oxydations qui arrêtent au passage toutes les matières organiques des eaux d'égout. Et c'est dans leurs voyages souterrains que les liquides, dépouillés de toutes souillures, vont pleurer sur le fond imperméable et ramasser jusqu'au fleuve toute l'eau pure qui n'est pas remontée dans l'air en s'évaporant à la surface des plates-bandes ou des riches feuillages qu'elles portent. C'est cela l'épuration, et cela uniquement. Il y faut un champ de culture sur sol perméable et

(1) *Revue d'Hygiène*, 20 aout 1888. (Extraits).

poreux, distribué en plates bandes P, P, P, ouvertes à l'air, coupées de rigoles r, r, r, accessibles à l'eau et méthodiquement alimentées (fig. 28).

Théoriquement et pratiquement, l'assainissement de Paris ainsi réalisé est une solution excellente. La science le démontre ; l'application le confirme. Mais pour des raisons multiples, bien des fois cette grande entreprise de salubrité parisienne a été enrayée.

. . . .

On a dit que l'égout était un appareil inutilisable pour recevoir et éconduire les déchets de la vie sortant des maisons ; que l'y employer était transformer les dessous de nos voies publiques en immenses fosses qui entretiendraient la peste dans la ville, parce qu'ils répandraient partout leurs infections, soit à travers leurs bouches régulièrement percées le long des trottoirs, soit par les innombrables et inévitables fissures des maçonneries.

On a dit que le champ d'épuration n'était qu'un marais infect, où croupissaient les eaux qu'on y répandait.

On a dit que l'irrigation par les eaux d'égout couvrait le sol d'un *feutrage* général qui ruinait toute perméabilité et, par là, créait et entretenait la fièvre dans la localité où elle s'opérait.

On a dit que les légumes qui poussaient sur les champs irrigués par les eaux d'égout étaient mauvais et malsains.

On a dit, enfin, que les germes pathogènes présentaient une grande résistance à la destruction ; qu'entraînés avec les déjections de la maison jusqu'au champ d'épuration, ils s'y logeaient, y pullulaient, gagnaient les légumes irrigués et retournaient au fleuve avec l'eau épurée. D'où entretien, colportage et dispersion de maladies microbiennes.

Le temps et l'étude ont fait la lumière sur tout cela.

Les égouts n'infectent pas la voie publique. Quand ils sont bien faits, et tous doivent l'être, ils sont étanches, sans fissures ; ils amènent promptement aux confins de la ville les liquides qui leur sont confiés ; les nombreuses bouches d'aérage qui y sont pratiquées y alimentent un courant d'air descendant qui suit la marche des liquides entraînés par les pentes et les chasses d'eau ; ils sont eux-mêmes salubres, les quantités d'eau projetées par la maison, la voie publique, la galerie souterraine diluant toutes les souillures, y compris la très petite quantité relative de matières stercorales, jusqu'à les rendre inoffensives.

On a fini par regarder les très belles installations des 700 hectares irrigués de la plaine de Gennevilliers ; et on a vu qu'il n'y avait et ne pouvait jamais y avoir place pour le moindre marais, pour le moindre croupissement d'eau, aucun liquide libre n'étant au repos sur le sol, tout l'épandage se faisant en petits ruisselets isolés, et les plates-bandes étant toujours ouvertes à l'air.

On n'a pas découvert que le sol fût feutré par les dépôts imperméables dénoncées ; et l'on a dû reconnaître que, dans la plaine de Gennevilliers, la santé est la meilleure de toutes les communes du département de la Seine. Il a même fallu constater que la valeur du sol y a décuplé et que les habitants sont passionnés pour leurs irrigations.

On a cueilli les fleurs, on a mangé les légumes de Gennevilliers. On a bien continué à dire quelquefois que les premières manquaient de parfum et les seconds de succulence. Mais les fleuristes font des bouquets, et les marchands des halles ont beaucoup d'acheteurs.

Enfin, la question microbienne s'est ordonnée. La bonne tenue de la contrée ne suffisait pas à convaincre. On a fait de minutieuses expériences de laboratoire (1). On a démontré :

1° Que les germes pathogènes ne pénètrent qu'à une profondeur de $0^m,15$ ou $0^m,20$ dans le sol d'épuration ;

2° Qu'ils ne descendent jamais jusqu'à 2 ou 3 mètres de profondeur, niveau de la couche imperméable, et qu'ils ne s'échappent, par conséquent, pas avec les eaux épurées. Celles-ci retournent donc sans dommage au fleuve.

3° Que les légumes cultivés au voisinage des rigoles où coule l'eau d'égout ne comportent jamais aucun germe pathogène. Ils peuvent donc sans danger gagner nos tables à manger.

Ces constatations et ces démonstrations faites ont singulièrement avancé la question de l'assainissement de Paris. Elle est sortie des vagues preventions et des vides discussions de mots et il paraît bien établi désormais qu'un champ d'épuration enlève aux liquides d'égout leurs matières organiques mortes et emprisonne les gerbes pathogènes jusqu'à les rendre inoffensifs.

(1) Expériences encore inédites de M. le professeur Grancher.

Mais la question vient de faire un nouveau pas en pénétrant au Parlement. Les champs d'irrigation de Gennevilliers suffisent à peine aujourd'hui au quart de l'épuration des eaux polluées de Paris. Les trois autres quarts infectent encore la Seine. La ville a demandé à l'Etat de lui acheter 800 hectares pris dans les tirés de la forêt de Saint-Germain (pli de la Seine avoisinant Conflans). De là la nécessité d'une loi autorisant l'État à vendre ; de là aussi une discussion parlementaire sur l'utilité et l'économie du projet. La discussion engagée sur un très complet et très substantiel rapport de M. le Dr Bourneville a donné un cours nouveau à toutes les objections du passé et fourni l'occasion de refaire solennellement l'exposé des bienfaits de l'assainissement. La Chambre des députés a voté l'approbation du projet.

Le Sénat est maintenant en possession de la loi. Les choses paraissent y prendre la même tournure qu'à la Chambre. La commission s'est mise à l'étude. Elle a cru devoir se transporter à Berlin, qui a devancé Paris et qui possède des installations d'assainissement quasi complètes. Onze districts ou secteurs sur douze, c'est-à-dire 1,050,000 habitants sur 1,300,000 envoient à l'égout leurs matières usées, y compris les vidanges, car les fosses et les puisards ont été supprimés. Toutes les projections et les transports dans l'égout se font avec la minime dépense d'eau de 65 litres par habitant (1). Les collecteurs mènent leurs eaux aux onze usines placées à l'extrémité extérieure des secteurs, d'où elles sont élevées et refoulées dans les tuyaux qui les conduisent aux quinze domaines que possède la municipalité autour de Berlin. Là, ces eaux, quatre fois plus chargées que les eaux parisiennes, se répartissent sur 5,500 hectares de terres beaucoup moins perméables et beaucoup moins profondes que celles de Gennevilliers.

La Commission a visité les divers champs d'épuration. Elle y a trouvé les cultures les plus diverses : légumes, fruits, prairies, céréales, et des modes d'irrigation variés, jusqu'aux *colmatages* d'hiver auxquels se prêtent très bien les eaux à fortes souillures et à forts dépôts de Berlin. Partout elle a rencontré *l'abondance de production* : il y a des prairies de ray-grass qui font sept coupes par an ; *la prospérité* : la ville loue ses terres 300 francs l'hectare ; *l'excellence de la santé* : M. Wirchow dit qu'une statistique spéciale, qui relève strictement tous les cas de maladie, en constate la rareté, et l'absence de la fièvre typhoïde ; *le contentement de tout le monde* ; personne ne se plaint dans le territoire des irrigations et les voisins les envient. C'est comme à Gennevilliers. Mais ce qui n'est plus comme aux environs de Paris, c'est que les irrigations pénètrent les localités de villégiatures sans soulever les réclamations ou les plaintes. Elles envoient leurs eaux de drains jusqu'à Potsdam. Et ce qui met le comble aux bienfaits de l'opération, c'est qu'elle a transformé des contrées très peu fertiles en contrées productives et riantes et qu'on y établit des *asiles de convalescents*. La commission en a visité trois à sa grande satisfaction.

Je ne peux me dispenser de citer un précieux renseignement donné par M. le professeur Koch, à la commission sénatoriale : *Tout le monde boit l'eau des drains de l'irrigation dans les domaines et personne n'y a trouvé le moindre inconvénient.* Le même professeur faisant allusion à la lenteur des installations de notre assainissement parisien, disait : « *Enfin, vous avez trop de fièvre typhoïde à Paris ; il faut prendre des mesures efficaces pour la diminuer.* »

Puisqu'il en est ainsi, comment le Sénat hésiterait-il désormais à confirmer le vote de la Chambre ? N'est-ce pas l'évidence elle-même que ses délégués lui ont rapportée ? Ce qui est bien à Berlin est parfait aujourd'hui pour Paris.........

J'entends les vieilles objections..... Je ne puis passer sous silence celle dont on parle le plus ; je veux dire la di-

(1) *C'est le quart de ce dont dispose chaque parisien : 250 litres.*

gression hardie de M. le Pr Brouardel, faite à la suite de son étude sur l'*épidémie de fièvre typhoïde de Pierrefonds*. Il en concluait que les germes de la fièvre typhoïde résistent longtemps dans la terre. A la *Société de médecine publique* (26 janvier 1887), j'ai répondu à M. Brouardel qu'il ne fallait pas assimiler le sous-sol de Pierrefonds à un champ d'épuration. Le regretté Durand-Claye fit faire à ce propos une contre-enquête par les ingénieurs placés sous ses ordres. Aujourd'hui, je vais vous en faire connaître les résultats.

. . . .

J'expose d'abord la coupe géologique ouest-est du vallon du Rû de Berne, sur le flanc duquel est construit Pierrefonds (*fig.* 29). Cette coupe a été donnée par M. l'inspecteur général des mines Jacquot à l'appui de sa description des strates locales que M. Brouardel a utilisée dans son mémoire. On y voit la place de la rue du Bourg, où sont situées les maisons Carron, Ressesse et Bourry, occupées par les victimes ou les patients de la fièvre typhoïde. Cette rue porte sur la première couche de sable nummulitique très perméable, assise elle-mêm sur l'argile plastique qui contient le Rû dans sa masse étanche.

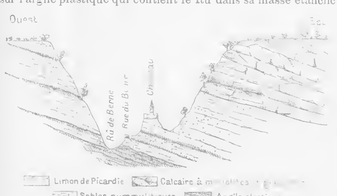


Fig. 29. — Coupe géologique du vallon du Rû, de Berne à Pierrefonds.

La figure montre avec toute l'exagération permise dans un schéma les inclinaisons des flancs du vallon, et celles des couches géologiques. Ces inclinaisons font comprendre que les nappes d'eau qui hanteront les sables et qui s'appuieront sur les argiles, s'écouleront promptement et garderont peu d'épaisseur sur la rive *ouest*, parce qu'elles trouveront une issue immédiate vers le Rû de Berne où les conduira leur pente naturelle : tandis que sur la rive *est*, elles auront des écoulements lents et garderont longtemps de l'épaisseur après les pluies, leur dégagement s'effectuant dans le massif géologique de droite.

Je donne en second lieu le plan de Pierrefonds (*fig.* 30). On y trouve les maisons incriminées, Caron, Ressesse et Bouvry. Mais ce qu'il faut y remarquer spécialement, ce sont les places relatives qu'occupent les cabinets d'aisances et la fontaine de la maison Caron (sur la ligne A B), et la fontaine de la maison Ressesse. M. Brouardel s'est particulièrement occupé de la fontaine Ressesse, *qui est à une trentaine de mètres de l'habitation*. Il a admis que la famille Fernet, si cruellement éprouvée dans la maison Ressesse, y allait chercher son eau de table. Il résulte de l'enquête que j'analyse, que la plupart du temps la famille Fernet s'est alimentée d'eau au puits de la maison Caron qui est sous la main, à six pas de la porte Ressesse, beaucoup plus près que la Fontaine Ressesse éloignée de 30 mètres.

La figure 31 montre une coupe faite sur la ligne A B du plan. On y voit :

1° A gauche (*ouest*) le cabinet d'aisances commun aux maisons Caron et Ressesse.

2° A droite (*est*) la maison du puits commun aux mêmes maisons et le puits lui-même.

Ces deux locaux sont espacés de 9 mètres.

3° Sur la couche d'argile plastique inclinée ouest-est, la masse très perméable de sables nummulitiques baignés dans une nappe d'eau épaisse, quasi dormante, parce que, comme cela a déjà été indiqué à propos de la coupe géologique, le liquide est poussé par sa pente de fond dans la masse *est* du coteau et qu'il ne déborde pas dans le Rû à l'ouest. C'est ainsi que la nappe liquide garde une profondeur qui varie peu, en plus ou moins de 7m,91 — 6m,44 = 1m,47 indiquée sur la coupe.

4° La fosse construite en pierres sèches engagée dans la nappe liquide de 7m,91 — 7,m68 = 0m,23.

5° Le puits construit en pierres sèches.

6° A la surface du sable, dans le vide de la fosse, on a figuré les matières fécales asséchées par la pénétration incessante des urines dans le sable et la couche liquide. M. Brouardel a

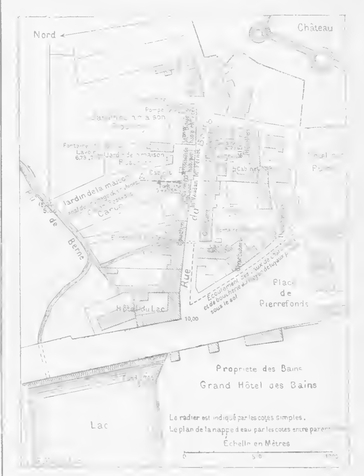


Fig. 30. — Plan de Pierrefonds. — Epidémie de fièvre typhoïde de 1886.

justement attiré l'attention de ses auditeurs sur la massivité des matières de cette fosse qui n'avait pas été vidée depuis 30 ans. Mais le temps ne fait rien ici. Toutes les fosses de Pierrefonds, au moins toutes celles de la rue du Bourg, ont des matières solides au fond. C'est le sable perméable qui le veut.

On remarquera que tout l'appareil que présente la figure est *enfermé à la surface par le petit bâtiment des cabinets, par celui du puits et par le revêtement imperméable des passages ou des cours voisines.* Une suite de petits *cercles ponctués* montre comment les particules de matières excrémentielles se détachent du fond de la fosse, voyageant dans le sable aquifère, s'y dispersent et gagnent en fin de compte l'eau du puits à travers les joints ouverts des pierres sèches de la maçonnerie. La simple vue de ce dessin explique et fait comprendre une fois pour toutes que, dans cet encaissement *absolument clos*, où il n'y a que du sable, de l'eau, des pierres et des déchets organiques, il peut s'effectuer des déplacements mécaniques, des dilutions mécaniques, mais qu'aucune réaction chimique ne s'y opérera jamais. Les matières organiques y resteront fermentescibles, infectantes, dépensant journellement, d'une part, leurs éléments solubles dans l'eau, clarifiée peut-être, mais entretenue méchante au puits ; d'autre part, s'accumulant dans le fond solide sous-jacent des habitations qu'elles menacent sans cesse. M. Brouardel a cent fois raison quand il dit à la municipalité de Pierrefonds : *Vous avez de*

bonnes sources dans le voisinage; buvez-en l'eau et bouchez vos puits. Mais pourquoi ne concentre-t-il pas la grande autorité de sa parole sur ce bon conseil, qui devrait être un ordre impérieux si l'hygiène publique était organisée et administrée en France? Pourquoi argumente-t-il sur le sous-sol *infectable, infecté* et *infectant* (1) des maisons Caron et Ressesse, comme s'il parlait d'un champ d'épuration; et pourquoi dote-il celui-ci, si bienfaisant, des vices du premier, si malfaisant? Le sous-sol de Pierrefonds est une boîte à conserves excrémentielles; un champ d'épuration est un sol ouvert à l'air pur et à l'eau souillée et, par là, propice aux réactions oxydantes, tel que l'a

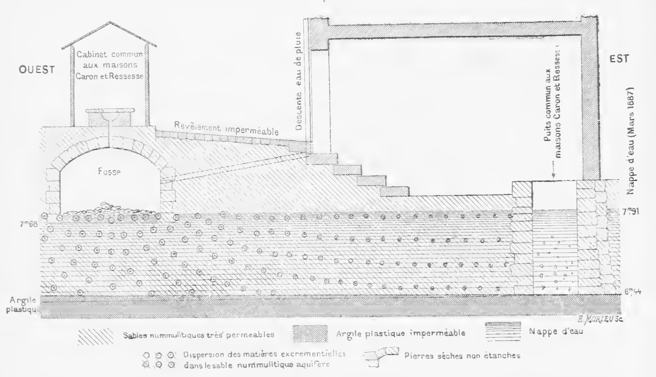


Fig. 31. — Coupe montrant la disposition de la fosse d'aisance et du puits des maisons Caron et Ressesse à Pierrefonds. (Epidémie de fièvre typhoïde de 1886.

présenté la figure 28. La confusion n'est pas possible : il ne faut plus la faire.

Mais les expériences de M. le professeur Grancher, citées plus haut, ne laissent plus qu'un court intérêt à ces distinctions rétrospectives. En montrant qu'un champ d'épuration emprisonne et immobilise dans les parties supérieures de ses rigoles les germes typhogènes, elles ont ruiné tous les arguments contre l'épandage des eaux d'égout chargées de matières excrémentielles; car les opposants les plus tenaces ont depuis longtemps reconnu l'efficacité du champ d'épuration sur les matières organiques mortes.

Faculté de médecine de Paris.

I. — *Ecole pratique. Exercices de dissections* (direction de M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques) année 1888-89). — Les élèves de seconde année doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen préalable d'ostéologie. Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref délai à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, au bureau du chef de matériel, de midi à 4 heures. Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 15 octobre. Les pavillons de dissection seront ouverts à partir du jeudi 8 novembre, tous les jours, de midi à 4 heures. Les prosecteurs chefs de pavillon et les aides d'anatomie dirigent et surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne dans chaque pavillon; — *a.* Les étudiants de 1re année ne prennent point part aux travaux anatomiques, — *b.* Les exercices de dissection sont obligatoires pour tous les étudiants de 2e et de 3e années : les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le 2e examen de doctorat (anatomie) s'ils n'ont disséqué 2 semestres d'hiver complets; — *c.*) Pour les autres étudiants et les docteurs, les exercices de dissection sont facultatifs. S'ils désirent y prendre part, ils devront se munir d'une autorisation du doyen. La mise en série sera faite dans l'ordre suivant : 1° élèves obligés, 2e et 3e année (suivant la date de leur inscription à l'Ecole pratique). 2° Elèves non obligés et docteurs (suivant la date de leur inscription à l'Ecole pratique). — *Nota.* Nul ne peut être admis à l'Ecole pratique d'anatomie, s'il ne s'est fait préalablement inscrire au bureau du chef de matériel et n'a reçu une carte d'entrée. Ce bureau, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, sera ouvert tous les jours, de midi à 4 heures, jusqu'au 15 novembre. Pour recevoir une carte d'entrée, chaque étudiant devra présenter : 1° Sa feuille d'inscription mise à jour par le secrétariat de la Faculté; 2° La quittance constatant le paiement des droits. Passé le 15 novembre, nul ne pourra être admis à l'école pratique d'anatomie sans une décision spéciale.

II.— *Travaux pratiques d'anatomie pathologique* (direction de M. le Dr Brault, chef des travaux). Année scolaire 1888-89). — Les travaux pratiques d'anatomie pathologique commenceront le lundi 22 octobre 1888. MM. les étudiants, pourvus de 12 inscriptions, sont priés de se faire inscrire à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine (laboratoire d'anatomie pathologique) pour les travaux pratiques concernant l'anatomie pathologique, tous les jours à partir du lundi 8 octobre 1888 jusqu'au samedi 24 novembre inclus, et de 2 heures à 3 heures de l'après-midi. Une carte d'admission leur sera délivrée Ils sont prévenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions ultérieures leur seront refusées.

Laïcisation de l'hôpital Saint-Louis.

L'administration de l'Assistance publique a notifié à la prieure des Augustines de l'hôpital Saint-Louis l'arrêté du préfet de la Seine, relatif à leur remplacement par des laïques à la date du 1er décembre.

Congrès de la Société italienne de médecine interne à Rome du 20 au 23 octobre 1888.

Ce Congrès, qui aura lieu à l'université de Rome, commencera le 20 octobre, sous la direction de MM. Bacelli, Cantani, Galassi, Maragliano et Rossoni. La séance d'inauguration aura lieu à 9 heures du matin.

I. Les questions à l'ordre du jour sont : 1° *Traitement du diabète*; rapporteur, M. le Prof. Cantani (de Naples). — 2° *Etiologie et traitement de la pneumonie*; rapp., M. le Pr Bozzolo (de Turin), M. le Prof. Maragliano (de Genève). — 3° *Fièvre et antipyrétiques*; rapp., MM. les Prof. Muri (de Bologne) et Rossoni (de Rome). — 4° *Traitement des cardiopathies*; rapp., M. le

(1) Voir ma réponse à la séance du 26 janvier 1887. *Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle*).

Prof. Cardarelli (de Naples), qui traitera cette question : *Traitement des troubles fonctionnels et nerveux du cœur dans leurs rapports avec les maladies organiques cardiaques*; M. le Prof. de Giovanni (de Padoue), qui parlera de la *Gymnastique cardiaque*; M. le Prof. Rummo (de Naples), qui traitera la question de la *Pharmacopée cardiaque*. — 5° *Traitement de la tuberculose*; rapp., MM. les Prof. de Renzi (de Naples) et Riva (de Parme). — 6° *Des intoxications chimiques*; rapp., M. le Prof. Tomaselli (de Catane).

II. Questions principales annoncées :

1° *Nouvelle méthode pour le traitement des kystes à échinocoques*, par le Prof. Bacelli (de Rome). — 2° *Une forme nouvelle de pseudo-leucémie infectieuse chez l'enfant*, par M. le Prof. Cardarelli. — 3° *Du pouls hépatique*, par M. Maragliano. — 4° *L'uroindican et la désinfection de l'intestin*, par M. le Prof. Riva. — 5° *Antipyrine et antifébrine, leur action sur les vaisseaux encéphaliques*, par M. le Prof. Queirol (de Gênes). — 6° *Pleurésie pulsatile; le pouls endo et exopleural*; par le Prof. Brunno. — 7° *Un cas d'échinocoque du foie*, par M. le Prof. Feletti (de Catane). — 8° *Pathogénie et traitement de la bronchite fétide*, par M. le Prof. Bernabei (de Pise). — 9° *Morve chez l'homme*, par M. Lussana (de Padoue). — 10° *Pleurésie infectieuse*, par M. le Dr Rencisvalle (de Catane). — 11° *Acide fluorhydrique et tuberculose*, par MM. les Drs Ampugnani (de Gênes) et Sciolla (de Gênes). — 12° *Anatomie pathologique de la chorée; Maladie de Weill*, par Patella (de Paris). — 13° *Bronchite pseudo-membraneuse primitive*, par M. Picchini (de Parme). — 14° *Paralysie faciale à frigore et son étiologie*, par Vizioli (de Naples). t

On s'inscrit à Gênes, 39, via Galata, chez M. Maragliano et à Rome, via Venti settembe, 43, chez M. Rossoni.

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

STATISTIQUE DU 1er JUILLET AU 30 SEPTEMBRE 1888, PAR LE Dr PASSANT

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	7	12	4	23
2e	15	22	3	40
3e	2[illegible]	37	5	67
4e	26	52	12	90
5e	17	25	9	51
6e	10	29	6	45
7e	16	22	3	41
8e	5	10	»	15
9e	8	18	2	28
10e	20	22	10	52
11e	47	94	43	184
12e	27	51	21	99
13e	37	52	18	107
14e	40	54	12	106
15e	3	7[illegible]	23	134
16e	5	17	2	24
17e	3	74	12	118
18e	3[illegible]	8[illegible]	28	147
19e	[illegible]	68	24	132
20e	49	95	51	186
	486	915	288	1689

MALADIES OBSERVÉES.

Maladie	Nombre
A	
Angines et laryng.	74
Croup	25
Coqueluche	5
Corps étrangers de l'œsophage	»
Ophthalmie	2
Otite	1
B	
Asthme	33
Affections du cœur	46
Bronchites aiguës et chroniques	65
Pleuro-pneumonie	56
Congestion pulmonaire	11
C	
Affections et troubles gastro-intestinaux	142
Cholérine	54
Dysenterie	4
Athrepsie	100
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	70
Hernie étranglée	14
Rétention d'urine	19
Chûte du rectum	2
Phimosis	»
Orchite	8
D	
Métrite. Métro-péritonite	52
Métrorrhagie	35
Fausse-couche	49
Accouc. Délivrance	154
Accouc. non terminé	24
E	
Affect. cérébrales, Paralysies	62
Eclampsie. Convuls.	10
Névralgies	27
Névroses	81
Epilepsie	19
Aliénation mentale	[illegible]
Alcoolisme. Delirium tremens	19
Rage	»
Pustule maligne	»
F	
Rhumatisme	17
Affections éruptives	33
Fièvre intermitt.	4
Fièvre typhoïde	27
Hémorrhagies de causes internes et externes	83
G	
Plaies. Contusions	110
Fractures. Luxations. Entorses	28
Brûlures	3
Congélat. des pieds	»
Empoisonnements	14
Asphyxie par le charbon	6
— submersion	3
Suicide	6
H	
Mort à l'arrivée du médecin	12
Total	1689

La moyenne des visites par nuit est de 18 36/100.
Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 18,50/100.
Les hommes entrent dans la proportion de 29 0/0.
Les femmes — — de 54 0/0.
Les enfants au-dessous de 3 ans, 17 0/0.

Visites du 3e trimestre de	1887	1,702
— —	1888	1,689
Différence en moins.		13

Budget des Écoles municipales d'infirmières de Paris.

A différentes reprises, on nous a demandé des renseignements sur les dépenses des trois écoles d'infirmières de Paris. Nous laissons de côté ce qui a trait à l'enseignement primaire.

I. — École de la Salpêtrière.

		Francs.
Indemnités au personnel chargé des cours		1.600
Cours d'administration (6 leçons)	300	
— d'anatomie (6 leçons)	200	
— de physiologie (6 leçons)	200	
— de pansements (18 leçons)	350	
— d'hygiène (12 leçons)	350	
— sur les soins à donner aux femmes en couches (3 leçons)	100	
— de petite pharmacie (10 leçons)	100	
Indemnités aux surveillantes chargées des exercices pratiques		450
Imprimés, livres et fournitures de bureau		1.500 (1)
Récompenses, livrets de caisse d'épargne, etc.		1.500 (2)

II. — École de Bicêtre.

Indemnités au personnel chargé des cours		1.750
Cours d'administration	300	
— d'anatomie	225	
— de physiologie	225	
— de pansements	450	
— d'hygiène	450	
— sur les soins à donner aux femmes en couches (3)	» »	
— de petite pharmacie	100	
Indemnités aux surveillantes chargées des exercices pratiques		500
Imprimés, livres et fournitures de bureau		960
Récompenses et livrets		1.700 (4)

III. — École de la Pitié.

Indemnités au personnel chargé des cours		1.750
Cours d'administration	200	
— d'anatomie	200	
— physiologie	200	
— de pansements	350	
— d'hygiène	350	
— sur les soins à donner aux femmes en couches	100	
— petite pharmacie	100	
Indemnités à un professeur suppléant	250	
Indemnités aux surveillantes chargées des exercices pratiques		650
Imprimés, livres et fournitures de bureau		1.000
Récompenses et livrets		800 (5)

A l'origine, afin d'exciter l'émulation du personnel secondaire et de l'encourager à suivre les cours primaires et professionnels, nous avons fait demander un crédit relativement élevé pour les récompenses. Il va de soi qu'on peut le réduire considérablement ou même le supprimer. Une municipalité qui créerait une école d'infirmières en province n'aurait pas besoin d'établir parallèlement une école primaire, ou si elle jugeait cet enseignement nécessaire, elle pourrait en charger une institutrice communale.

Quant aux dépenses de l'enseignement professionnel, on voit qu'elles se bornent à 1.050 fr. à la Salpêtrière; 2.250 à Bicêtre (6) et à 2.400 fr. à la Pitié (7). Donc il en résulte qu'avec

(1) La plus grande partie de ces dépenses incombe à l'Ecole primaire.

(2) Même remarque.

(3) Ce cours a été fait jusqu'ici gratuitement par les internes du service.

(4) Ces deux derniers crédits sont affectés en grande partie à l'enseignement primaire.

(5) Ces crédits sont inférieurs à ceux de Bicêtre et de la Salpêtrière, parce qu'il n'y a pas d'école primaire à la Pitié.

(6) Les professeurs sont un peu mieux rémunérés, en raison de l'éloignement.

(7) Dont 250 fr. pour un professeur suppléant, chargé de remplacer à l'occasion les autres professeurs.

une dépense de 2 à 3.000 fr., une municipalité peut créer une école professionnelle pour les infirmiers et les infirmières. Il va de soi aussi qu'il est possible de confier l'enseignement à un plus petit nombre de professeurs, par exemple, un médecin, un pharmacien et un administrateur (1). BOURNEVILLE.

Procédés pratiques et cliniques de recherche et de dosage du sucre dans l'urine; par le Dr Henri PICARD.

Les meilleurs agents de recherche de la glycose dans l'urine sont : 1° La liqueur de Fehling; 2° Les solutions concentrées de potasse et de soude caustiques; 3° Le sous-nitrate de bismuth additionné de potasse ou de soude caustique solide ou en solution. La liqueur de Fehling se conserve très longtemps à l'abri de la lumière dans un flacon obscur. On l'a trouve très bien préparée de même que les solutions de potasse et de soude caustiques chez les pharmaciens. A elle seule, la liqueur de Fehling suffit à tous les cas, non seulement pour la recherche de la glycose, mais encore pour son dosage.

Toute urine dans laquelle on recherche la présence de la glycose doit être *parfaitement limpide* et, par conséquent, filtrée. Si même elle dépose de l'acide urique ou des urates, il faut, ces corps réduisant la liqueur de Fehling, l'additionner de 1/10 de son volume de sous-acétate de plomb liquide, filtrer, puis ajouter au liquide obtenu un excès de carbonate de soude desséché pulvérisé pour le débarrasser de toute trace de plomb, agiter et filtrer une seconde fois.

Les urines ammoniacales pourraient, tout en renfermant du sucre, ne pas donner lieu à la réaction caractéristique. En effet, cette réaction n'a lieu que grâce à la présence dans cette liqueur d'un excès de soude. Or, les urines ammoniacales renferment l'ammoniaque à l'état de carbonate d'ammoniaque dont l'acide sature justement cette soude en excès. Pour parer à cet inconvénient, il faut alors additionner la liqueur de Fehling un excès de soude caustique.

Quand l'urine renferme de l'albumine, si celle-ci est en petite quantité, il n'y a pas à s'en occuper. Dans le cas contraire, acidulez l'urine par quelques gouttes d'acide acétique, chauffez pour coaguler l'albumine et filtrez pour vous en débarasser. L'urine ainsi préparée, versez dans un tube à expérience cinq à six grammes de liqueur de Fehling, chauffez jusqu'à l'ébullition ; inclinez alors le tube et faites tomber le long de ses parois deux ou trois gouttes de cette urine. Si elle contient du sucre, vous verrez, presque immédiatement, à sa surface un anneau vert qui passe rapidement au jaune, puis au rouge, le reste du liquide restant bleu. Si la proportion du sucre ne dépasse pas 5 grammes par litre, il faut augmenter la quantité de cette urine, la porter au 1/10 de la liqueur de Fehling employée et maintenir l'ébullition pendant deux minutes environ. (Méhu).

Si l'urine renferme beaucoup de sucre ou que la liqueur de Fehling soit en trop petite quantité, la liqueur surnageant le dépôt d'oxyde de cuivre réduit prend une coloration brune ou brunâtre et le dépôt cuivre devient rouge foncé.

Quand une urine ne renferme que 1 gramme à 60 centigr. par litre de glycose, il faut, sous peine de méconnaître cette dernière, traiter cette urine par le sous-acétate de plomb et le carbonate de soude, comme nous l'avons dit. Dans quelques cas, même, il sera prudent, après cette opération, de réduire l'urine au 1/10 de son volume avant de l'essayer (Méhu). Quand on a fait bouillir, pendant une à deux minutes une quantité d'urine, relativement forte, avec de la liqueur de Fehling, il se forme, qu'il y ait ou non réduction, dans la masse du liquide, des flocons grisâtres qui ne sont autres que des phosphates.

Pour constater la présence du sucre *au moyen des alcalis caustiques*, dans un tube à expérience, on verse une dizaine de grammes d'urine qu'on additionne de 1/10 à peu près de solution caustique de potasse ou de soude. On porte à l'ébullition la partie supérieure du liquide qui, s'il y a du sucre, prend une coloration jaune foncé passant au brun quand la proportion de glycose est forte.

Pour rechercher la présence du sucre avec le sous-nitrate de bismuth et la potasse ou la soude caustique, il faut verser dans un tube à expérience 5 à 6 grammes d'urine, y ajouter 5 centigrammes environ de sous-nitrate de bismuth (d'autant moins qu'il y a moins de sucre), puis une dizaine de gouttes de solution concentrée de soude ou de potasse caustique. On a fait bouillir pendant quelques minutes. S'il y a du sucre, l'oxyde de bismuth du sous-nitrate sera réduit et un dépôt noir de bismuth métallique se formera au fond du tube.

Dans tous les cas où l'on fait usage des alcalis caustiques il faut débarrasser l'urine de l'albumine qu'elle peut contenir au moyen du procédé indiqué à propos de la liqueur de Fehling.

Dosage. — Il s'opère au moyen de la liqueur de Fehling par un procédé des plus ingénieux dû au docteur Duhomme. Cette liqueur est, en effet, composée de telle sorte qu'un centigramme de glycose en réduise deux centimètres cubes. Si donc vous parvenez à mesurer le volume d'urine suffisant à la réduction de deux centimètres cubes de liqueur de Fehling, vous n'aurez, pour savoir quelle dose de sucre renferme un litre de cette urine, qu'à chercher combien de fois il contient le volume employé. Autrement dit, il y aura dans ce litre autant de centigrammes de sucre que de fois la quantité d'urine nécessaire à la réduction de deux centimètres cubes de liqueur.

Pour arriver à ce résultat, le Dr Duhomme emploie deux compte-gouttes dont la partie inférieure est marquée d'un trait répondant sur l'un à deux centimètres et sur l'autre à un centimètre de capacité.

Il faut, en outre, avoir de la lessive de soude au 1/10, c'est-à-dire étendue de 9 fois son poids ou son volume d'eau distillée.

L'urine à doser, devra, d'ailleurs, être filtrée ou débarrassée de l'acide urique, des urates et de l'albumine, par les procédés indiqués en parlant de la recherche du sucre.

Aspirez l'urine bien clarifiée, avec le compte-gouttes dont le trait indique un centimètre, en quantité telle qu'elle dépasse ce trait et chassez-en le volume nécessaire à l'affleurement très exact de la surface liquide au trait de graduation, de telle sorte que la courbe inférieure du ménisque concave lui soit tangent. A partir de ce moment, faites tomber goutte à goutte jusqu'à expulsion complète, le restant d'urine et comptez le nombre de gouttes. Soit 24 gouttes, le nombre contenu dans le centimètre cube, chaque goutte représentera 1/24 de centimètre cube.

Cet essai doit être fait pour chaque urine et pour la même urine à des jours différents.

Aspirez, d'autre part, avec le compte-goutte dont le trait marque 2 centimètres de capacité, 2 centimètres cubes de liqueur de Fehling et envoyez-les d'un jet dans un tube à expérience assez large. Puis, avec ce même compte-goutte, aspirez 2 centimètres cubes de lessive de soude au 1/10 et expulsez-les dans le même tube que la liqueur de Fehling, en les mélangeant.

Puisant alors 1 centimètre cube de l'urine à doser, avec le compte-goutte qui lui est destiné, faites bouillir la liqueur de Fehling en même temps que vous y laissez tomber quelques gouttes d'urine et attendez quelques instants pour apprécier le changement de coloration. Si celle-ci n'a pas disparu, ajoutez l'urine goutte à goutte, en ayant soin de chauffer après addition de chaque goutte, jusqu'à ce que la liqueur soit décolorée.

Supposez que vous avez employé 8 gouttes pour décolorer les 2 centimètres cubes de liqueur de Fehling correspondant à 1 centigramme de glycose, vous en conclucrez que 8/24 de centimètre cube de l'urine à essayer renferment 1 centigramme de glycose. Il ne restera donc qu'à chercher combien un litre renferme de 8/24e de centimètres cubes. Malheureusement pour atteindre ce résultat, un calcul quelquefois embarrassant est nécessaire.

Or M. le Dr Duhomme a prouvé qu'il suffit de multiplier par 10 le nombre de gouttes contenu dans le centimètre cube d'urine en expérience et de diviser le produit obtenu par le nombre de gouttes employées à la décoloration des 2 centimètres cubes de liqueur de Fehling. Le résultat représentera en grammes et centigrammes la quantité de sucre contenue dans un litre de l'urine en expérience.

(1) Les professeurs, outre les leçons, ont à corriger chacun 3 ou 4 compositions faites sur leur cours et à faire partie des jurys d'examen d'avril et de juillet.

Ex. : 24 est le nombre de gouttes contenues dans un centimètre cube d'urine : 8 celui des gouttes employées. 24 multiplié par 10 donne 240 qui, divisé par 8, donne 30, le nombre de grammes de sucre contenus dans l'urine essayée. Souvent le résultat de l'analyse se trouvant pris entre deux gouttes consécutives il faut prendre la moyenne des résultats donnés en opérant sur chacun des deux nombres de gouttes, comme il vient d être dit.

Si en opérant de cette façon, il y avait un écart considérable entre les résultats donnés, l'urine contenant beaucoup de sucre, il faudrait prendre un centimètre cube de cette urine, l'additionner de 1, 2 ou 3 ^{cc} d'eau distillée, d'autant plus qu'elle contient plus de sucre, et opérer, avec ce mélange, comme il a été dit. Seulement il faudrait doubler, tripler ou quadrupler le résultat obtenu.

Quand le sucre, sous l'influence du traitement a notablement diminué, on peut borner le recherches journalières à déterminer si cette quantité ne dépasse pas un nombre donné : 10 à 5 grammes, par exemple. Dans ce cas, on ne compte pas les gouttes.

On introduit dans un tube 2 ^{cc} liqueur de Fehling et 2 ^{cc} lessive de soude au 1/10; on fait bouillir. Prenant alors un centimètre cube d'urine, on le projette dans le réactif qu'on maintient à l'ébullition. Si la coloration bleue ne disparaît pas, c'est qu'il y a moins de 10 grammes de sucre par litre. On ajoute un second centimètre cube et si la coloration bleue persiste, c'est qu'il y a moins de 5 grammes de sucre; si elle disparaît, c'est que la quantité contenue est comprise entre 5 et 10 grammes.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 15. — 1er *de Doctorat (1re Série)* : MM. Gariel, Hanriot, Villejean ; — *(2e Série)* : MM. Gautier, Lutz, Blanchard.

MARDI 16. — 1er *de Doctorat (1re Série)* : MM. Baillon, Gariel, Villejean ; — *(2e Série)* : MM. Bourgoin, Lutz, Pouchet.

MERCREDI 17. — 1er *de Doctorat (1re Série)* : MM. Regnauld, Bouchardat, Pouchet ; — *(2e Série)* : MM. Gautier, Lutz, Blanchard ; — *(3e Série)* : MM. Gariel, Bourgoin, Villejean.

VENDREDI 19. — 1er *de Doctorat (1re Série)*: MM. Regnauld, Gariel, Blanchard ; — *(2e Série)* : MM. Gautier, Lutz, Villejean ; — *(3e Série)* : MM. Baillon, Bourgoin, Pouchet.

NÉCROLOGIE

Henri GAUTIER, interne des Hôpitaux de Paris.

Le corps de l'internat, déjà si éprouvé, vient d'être encore cruellement frappé. Gautier, interne de M. le Dr Labbé, chirurgien de l'hôpital Beaujon, est mort lundi dernier à Fismes (Marne), à l'âge de 28 ans. Une congestion pulmonaire a enlevé en quelques heures notre malheureux ami dont la santé était chancelante depuis longtemps. Ses collègues avaient essayé, à maintes reprises de l'éloigner de l'hôpital dont le service actif était pour lui une cause incessante de fatigue. Mais ,à nos discrètes sollicitations et à nos suggestions, Gautier opposait toujours un silence glacial. C'est à ce point que nous nous demandions si par impossible il ne se rendait pas compte de l'état de délabrement physique dans lequel il était tombé ! Mais un jour il s'ouvrit à l'un de nous et, avec ce calme dont il ne s'était jamais départi, il lui annonça qu'il était perdu. Sa seule préoccupation était de préparer sa famille au coup qui la menaçait. Il avouait qu'il avait senti ses forces décliner depuis l'époque où il avait entrepris avec Thaon des expériences sur les animaux. Peut-être les pulvérisations des crachats tuberculeux, qu'il fit pendant longtemps, ne sont-elles pas étrangeres à l'affection qui le minait sourdement.

Quand nous le vîmes pour la dernière fois, il y a environ huit jours, nous eûmes les plus sombres pressentiments, mais hélas ! nous étions loin de nous douter que la mort le guettait déjà et qu'il serait si rapidement emporté.

Gautier était une nature droite, loyale et bonne. A sa tolérance exemplaire pour les personnes s'ajoutait depuis quelques mois une certaine dose de mélancolie et de doux scepticisme, d'indifférence pour les choses. N'était-ce pas un effort de sa volonté, cherchant à le détacher de tout ce qui pouvait le retenir à la vie ?

Il est mort sur la brèche, en emportant avec l'estime de ses maîtres, qui avaient fondé en lui de grandes espérances, l'affection sincère de tous ses collègues qui ne pourront oublier les qualités aimables et solides de cet ami fidèle, de ce bon fils, la joie et l'orgueil de ses parents. Gautier avait été reçu interne en 1885.

R. PICHEVIN.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 30 sept. 1888 au samedi 6 oct. 1888, les naissances ont été au nombre de 1177, se décomposant ainsi : *Sexe masculin:* légitimes, 422 ; illégitimes, 185. Total, 607. — *Sexe féminin:* légitimes, 429 ; illégitimes, 141. Total, 570.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 30 sept. 1888 au samedi 6 oct. 1888, les décès ont été au nombre de 846, savoir : 423 hommes et 423 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 4, F. 4. T. 8. — Variole : M 1, F. 1, T. 2. — Rougeole : M. 5, F. 4. T 9. — Scarlatine : M 2, F. 1, T. 3. — Coqueluche : M. 2, F. 2. T. 4. — Diphthérie, Croup : M. 7 F. 17, T. 24. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 111, F. 72. T 183. — Autres tuberculoses : M. 11, F. 5. T. 16. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 5. T. 5. — Tumeurs malignes : M. 12, F. 32. T. 44. — Méningite simple : M. 6, F. 12, T. 18. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 19, F. 20. T. 39. — Paralysie : M. 2, F. 3. T. 5. — Ramollissement cérébral : M. 2, F. 5. T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 24, F. 27. T. 51. — Bronchite aiguë : M. 14, F 4 T. 18.— Bronchite chronique : M. 11, F. 17, T. 28. — Broncho-Pneumonie : M. 5, F.5. T. 10. — Pneumonie : M. 14. F. 18. T. 32. — Gastro-entérite, biberon : M. 32, F. 54. T. 86. — Gastro-entérite, sein : M. 18, F. 16. T. 24 — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 5, F. 6. T. 11.— Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3. T 3 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3 T. 3.— Débilité congénitale et vices de conformation : M. 17, F. 20, T. 37. — Sénilité : M. 7, F. 9. T 16. — Suicides : M. 12, F. 4, T. 16.— Autres morts violentes . M. 6. F. 3. T. 9. — Autres causes de mort : M. 70. F. 48. T. 118. — Causes restées inconnues ; M. 4, F. 3, T. 16.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 64, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 18, illégitimes, 15. Total : 33 — *Sexe féminin :* légitimes, 20; illégitimes, 11. Total : 31.

FACULTÉS DES SCIENCES. *Bibliothèques.* — M. SOLON, sous-bibliothécaire à la bibliothèque universitaire d'Aix, chargé de la section des sciences à Marseille, est nommé bibliothécaire de la bibliothèque universitaire de Clermont, en remplacement de M. Maire. — M. FLEURY, sous-bibliothécaire à la bibliothèque universitaire de Dijon, est nommé sous-bibliothécaire à la bibliothèque universitaire d'Aix, et chargé de la section des sciences à Marseille, en remplacement de M. Solon, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉS DE MÉDECINE. *Bourses de doctorat.*—Par arrêté en date du 6 octobre, M. le ministre de l'instruction publique a rapporté les arrêtés du 17 septembre dernier qui avaient fixé au 25 octobre l'ouverture du concours pour les bourses du doctorat en médecine et de pharmacie.—La commission du budget, proposant une notable réduction sur le crédit des bourses d'enseignement supérieur, le ministre se voit dans la nécessité d'ajourner le concours pour les bourses de médecine — les seules qui ne soient pas encore attribuées — jusqu'après la décision des Chambres.

FACULTÉ DES SCIENCES DE CLERMONT. — M. POIRIER, docteur ès sciences, aide-naturaliste au Muséum, est chargé, sur sa demande, pour l'année scolaire 1888-89, d'un cours de botanique et zoologie à ladite Faculté, en remplacement de M. Roujou, en congé.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LYON. — M. DUBOIS, docteur ès sciences, est nommé professeur de physiologie à la Faculté des sciences de Lyon.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE MONTPELLIER. — M. JADIN, pharmacien de 1re classe, est chargé, pendant l'année scolaire 1888-1889, des fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle à ladite école, en remplacement de M. Gay, dont la délégation est expirée.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOURS. — M. RÉVOL, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite école.

ECOLE PRÉPARATRIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN. — Un concours s'ouvrira, le 5 avril 1889, à l'école supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de pharmacie à Rouen. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — M. le Dr Siebenmann est nommé privat-docent de laryngologie et d'otiatrie à la Faculté de Médecine de Bale.

HÔPITAUX DE PARIS. *Concours d'Externat.* — Le jury du concours de l'externat vient d'être tiré. Il se compose de MM. Gaucher, Ballet, Hirtz, Champetier, Picqué, Reynier, sauf modifications ultérieures.

Concours d'Internat. — Le jury du concours se compose de MM. Felizet, Labric, Le Dentu, d'Heilly, Peyrot, Auvard, Ducastel, sauf changements que nous annoncerons ultérieurement, après l'ouverture du concours qui aura lieu le 19 octobre.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — *Légion d'honneur* : M. le Dr Gailleton, maire de Lyon, professeur des maladies syphilitiques et cutanées à la Faculté, a été nommé commandeur de la Légion d'honneur. — M. le Dr Rebatel, ancien chef de clinique, conseiller général, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur. — M. le Dr Léon Tripier, professeur de clinique chirurgicale, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur, de même que M. le Dr Demoulin de Landrecies) — *Official d'Académie* : M. Mathieu, économe de l'Hôtel-Dieu de Lyon (Voyage du président de la République à Lyon).

EPIDÉMIE. *Fièvre jaune.* — Les mesures employées ont été insuffisantes pour empêcher l'éclosion de nouveaux cas de fièvre jaune ; chaque semaine, de nouvelles localités sont atteintes.

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — M. le Dr LESGUILLONS est chargé d'une mission, en Autriche et en Russie et se joindra à celle de MM. Schwarz et Huchard qui vient de partir.

NOUVEAUX JOURNAUX. — Nous recevons le premier numéro de la *Gazette médicale de Liège*, nouveau journal qui va paraitre tous les jeudis. — Signalons encore l'apparition de *The Satellite of the Annual of the Universal médical Sciences*, revue trimestrielle éditée à Philadelphie, par Ch. Sajous, et dont les correspondants français sont MM. Dujardin-Beaumetz, Landolt, Ménière, Gougenheim, Lucas-Championniere, Cadet de Gassicourt, de St-Germain, Doléris, Bourneville, de Pietra Santa, etc.

REVUE SCIENTIFIQUE. — *Sommaire du numéro* 14 (6 octobre 1888). — Le Congrès d'hygiène et de médecine publique de Francfort, avec figures, par M. A. RAFFALOVICH. — La vie et l'œuvre de Rodolphe Clausius, par M. P. LANGLOIS. — Le Dominion de l'Afrique australe, par M. A. GERVAIS. — La fonction urinaire chez les mollusques acéphales, par M. LETELLIER. — Causerie bibliographique. — Académie des sciences de Paris. — Revue industrielle, par M. GEORGES PETIT. — Informations, Correspondance et Chronique. — Bibliographie et Bulletin météorologique.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr QUIQUANDON (de Vernet-la-Varenne). — M. le Dr PONNET (de Neuville-sur-Saone). — M. le Dr SAINT-COLLIN, médecin-major, à Auxonne. — M. T. H. POTTS, ornithologiste distingué de la Nouvelle-Zélande. — M. Gustave-Georges LAPLANCHE, étudiant en médecine, décédé le 2 octobre 1888, à l'âge de 23 ans, au Havre. M G. Laplanche est le fils du directeur des hospices du Havre. — M. le Dr PHELIPPEAUX, médecin de la marine. — M. le Dr DECAISNE (de Paris), ancien chef de clinique-adjoint de la Faculté, décédé à 36 ans. — M. le Dr F. FRAIKIN (de Herve, Belgique).

Avis aux acheteurs des Leçons du Mardi. — Nous engageons vivement les acheteurs au numéro à compléter leur collection car, à partir de la fin du mois d'octobre, nous ne garantissons plus le réassortiment.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès médical.

DEBIERRE (Ch.). — **Sur les anatomoses du nerf médian et du nerf musculo-cutané au bras et sur l'anastomose du médian avec le cubital de l'avant-bras.** Brochure in-8 de 7 pages. — Prix : 509. — Pour nos abonnés. . . . . 30 c.

PITRES (A.). — **Sur un cas de pseudo-tabes** (Symptômes de l'ataxie locomotrice progressive persistant pendant dix ans. A l'autopsie, absence de sclérose des cordons postérieurs de la moelle épinière ; intégrité complète des racines rachidiennes et des nerfs périphériques). — Broch. in-8 de 19 pages. — Prix : 75. — Pour nos abonnés. . . . . 50 c.

PITRES (A.) et VAILLARD (L.). — **Un cas de paralysie générale spinale antérieure subaiguë suivi d'autopsie.** Brochure in-8 de 15 p. Prix : 50 c. — Pour nos abonnés . . . . 35 c.

POZZI (S.). — **La suture perdue continue à étages superposés au catgut, son emploi en gynécologie.** Brochure in-8 de 14 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. . . . . 35 c.

SÉGLAS (H.) et CHASLIN (Ph.). — **Catatonie.** Brochure in-8 de 40 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Pour nos abonnés. . . . . 90 c.

LA MALADIE DE L'EMPEREUR FRÉDÉRIC III, d'après le compte rendu officiel des médecins allemands. Traduction française autorisée ; par le Dr LUC. — Paris, Hinrichsen, 1 vol. in-18, prix : 3 fr.

Librairie O. BERTHIER, 104, boulevard St-Germain.

MONCORVO. — De l'asthme dans l'enfance et de son traitement. Volume in-8 de 154 pages. Prix. . . . . 3 fr. 50.

VEILLARD (A.). — Formulaire clinique et thérapeutique, pour les maladies des enfants. Volume in-18° de 388 pages. — P. 4 fr.

Librairie CARRÉ et Cie, 58, rue Saint-André-des-Arts.

GOYARD. — Le magnetisme contemporain et la medecine pratique. (Deux discours à la Société de medecine dosimétrique de Paris). Brochure in-8 de 56 pages. — Prix : 1 fr. 25.

Librairie O. DOIN, 8, Place de l'Ecole de Médecine.

PETIT (L.). — L'hystérie pulmonaire. Volume in-8° de 104 p.

TKATCHEFF (A.). — Etude sur la situation hygiénique des ouvriers en Russie. Brochure in-8° de 96 pages.

Librairie G. MASSON, 120 boulevard Saint-Germain.

GOUGUENHEIM (A.) et TISSIER (P.). Phtisie laryngée. Volume in-8° de 339 pages, avec 5 planches hors texte et 13 figures. —

DOYON (A.) et DIDAY (P.). — Comment devient-on lépreux ? Brochure in-8° de 22 pages.

HALLOPEAU (H.). — Sur une forme végétante et atrophique de pemphigus iodique. Brochure in-8° de 20 pages. (Extrait des *Ann. de Dermatologie et de syphiligraphie*).

BERGONZINI (C.). — Contributo allo studio della spermatogenesi nei vertebrati Brochure in-8 de 32 pages, avec 2 planches hors texte. — Modena, 1888. — Tipi Vincenzi e Nipoti.

LÖWENFELD (L.). — Myo-und Neuropathologische Beeb achtungen. — I : Ueber einen Fall halbseitiger Atrophie der Gesichts-und Kaumusculatur nebot Bemerkungen über einen Fall luctischer Trigeminusaffection. Brochure in-8 de 12 pages. — II : Zur actiologie der multiplen Neuritis. Brochure in-8 de 27 pages. Extrait du *Münchener med. Wochenschrift*, 1888. — Munich.

LOMBROSO (G.). — Dell' uso della electricita nelle artriti subacute e croniche nei calli ossei enelle rigidita delle mani per clemmoni. Brochure in-8 de 28 pages — Firenze, 1888. — Tipografia Cerminiana.

PETIT. — Ovarite et Kystes de l'ovaire. Etude clinique et anatomo-pathologique. Brochure in-8 de 21 pages. — Paris, 1888. — H. Jouve.

The sixty first Annual Report James Muray's. Royal Asylum, Perth. Brochure in-8 de 25 pages, avec tableau hors texte. — Perth, 1888. — Young and Sons

THOMAS (G.). — A. Eulogy upon Cornelius Rea Agneau, read before the New-York Academy of medicini. Broohure in-8 de 26 pages. — New-York, 1888.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VIII. N° 42. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 20 OCTOBRE 1888.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

Ankylose du genou, après coup de feu.—Ostéoclasie. — Troubles trophiques ;

par F. PONCET (de Cluny).

Depuis les travaux de l'École de Lyon, où Bonnet mit en honneur l'étude des maladies articulaires, le traitement de l'ankylose du genou est entré dans une voie nouvelle. Robin (de Lyon) perfectionnant l'ostéoclasie, put appliquer la méthode de traitement du genus valgum aux autres lésions de l'article qui ne permettaient plus sa fonction.

Dans une thèse qui fera désormais époque dans la question, thèse, il est vrai, préparée par les travaux de Delore, Robin (1882) expose les phases de la fracture opératoire des os, depuis Hippocrate jusqu'à Louvrier (1839), Rizoli et Maisonneuve : il énumère les instruments de Burns, Volkmann. La machine nouvelle qu'il présente donne des résultats précis, mathématiques, permettant de briser l'os à un point nettement indiqué, grâce à des colliers d'acier limitant l'action d'un très puissant levier. « On peut, dit-il, briser le fémur à son extrémité inférieure aussi près de l'articulation que l'on veut, en prenant un point d'appui sur les condyles et sans agir en rien sur l'article.

C'est la première partie d'une opération dont le redressement tardif est le deuxième temps, le plus important. Au début, le redressement immédiat a été tenté ; mais il amène quelques accidents qui disparaissent avec la réduction retardée. Robin ne signale dans ses conclusions que les difficultés résultant de l'éburnation dans les os rachitiques. Et, de fait, si nous analysons les observations de son travail, nous ne relèverons que rarement des symptômes graves consécutifs à l'ostéoclasie. Dans un seul cas, il est parlé des mouvements désordonnés, après le chloroforme, de rupture du périoste et du déplacement des os brisés (OBS. II).

La même année (1882), toujours à Lyon, Édouard applique spécialement l'ostéoclasie à la cure de l'ankylose du genou ; mais déjà nous voyons que, dans une opération pratiquée par Ollier, la fracture ne se fit qu'à 10 centimètres au-dessus de l'interligne. Cette condition n'empêcha pas la réduction et le malade guérit en rectitude, avec un raccourcissement un peu plus prononcé. Edouard ne nous fournit que quatre observations, toutes avec résultat assez satisfaisant.

A cette époque, à l'étranger, la même opération était étudiée, précisée dans ses indications. Langenbeck estime que les abcès chroniques, les processus caséeux ou nécrotiques ne sont pas des contre-indications au redressement qui peut, au contraire, amener une amélioration rapide (p. 84, Edouard). Nussbaum ne craint pas de redresser avec des fistules persistantes.

Un de nos jeunes collègues, M. Lagrange, dans sa thèse d'agrégation *sur le traitement des ankyloses du genou*, en 1883, tout en restant partisan des méthodes nouvelles, n'hésitait pas à indiquer très clairement les côtés périlleux de l'opération, du coté des vaisseaux et des nerfs. Il rappelle que Tenner (1857) a observé, dans une réduction d'ankylose, un cas de rupture de l'artère poplitée, où le nerf sciatique ne fut pas indemne. Il y eut formation d'escharres avec foyer purulent dans le creux poplité. Louvrier, Billroth, Poinsot, Hornaus, Holl ont eu des déchirures des vaisseaux avec plaques de gangrène. Lagrange ajoute : « de pareils faits ne sont pas rares ; mais ils sont rarement publiés. Un grand nombre de chirurgiens expérimentés ont eu l'occasion de constater de pareils accidents laissés dans l'ombre. » Mais Lagrange attribue surtout ces lésions aux vaisseaux ; quant aux nerfs, nul ne s'en est occupé. Cependant Holl a vu le nerf sciatique déchiré et ces signes de refroidissement, d'anesthésie, ces douleurs vives, ne peuvent se rapporter qu'au traumatisme nerveux. Velpeau pensait que la mobilité du nerf lui permettait d'échapper à la rupture. Le chirurgien de la Charité ne connaissait pas les symptômes de l'élongation des nerfs. Volkmann considère les paralysies postérieures au redressement comme peu importantes et guérissant après quelques semaines. En résumé, tout ce qui a été dit sur les lésions des nerfs dans l'extension de l'ankylose du genou ne constitue pas un chapitre bien net de notre pathologie externe.

Malgré la note restrictive de Lagrange, l'ostéoclaste de Robin continuait sa carrière, à Lyon surtout, où Perrusset, en 1885, publiait 12 observations d'ankyloses du genou guéries par l'ostéoclasie sus-condylienne, au moyen de l'appareil Robin. A Paris, en 1886, Pousson, dans sa thèse d'agrégation, complètement favorable à l'ostéoclasie, étudie cette méthode dans toutes ses innovations. Suivant lui, les accidents généraux sont insignifiants : à peine un peu de fièvre, un peu d'hydarthrose.

Nous retrouvons 13 exemples d'ankylose du genou traitées « avec plein succès. » L'observation XVIII surtout nous semble bien résumer tout ce qu'on peut attendre de l'ostéoclasie.

« Malade de 21 ans. Le talon n'est séparé de la fesse que par une distance de 5 centimètres. Les condyles du fémur sont en avant : le tibia est subluxé et en rotation en dehors et en arrière. Masses cicatricielles dans le creux proplité. — Cicatrices adhérentes profondes du tibia. — Atrophie de 9 centimètres en comparant les deux membres. — Arthroclasie. Pas d'accidents. — Ostéoclasie sus-condylienne. Redressement. Consolidation. Le malade marche avec une jambe en rectitude. »

En parcourant, en outre, tous ces faits d'ostéoclasie, nous voyons qu'Ollier a eu une fracture à 10 centimètres du condyle, sans conséquence fâcheuse ; que Mollien n'a pu non plus éviter la rupture à cinq travers de doigts de l'artide. Une seule fois, nous trouvons signalés des signes de paralysie du sciatique interne. Nous ne pouvons oublier les cas de rupture des vaisseaux, de distensions des nerfs, avec accidents trophiques, relaté par Holl.

Le cas que nous publions aujourd'hui s'éloigne tellement des résultats optimistes signalés dans les thèses de Lyon, malgré toutes les précautions prises pour rester dans la voie opératoire connue, qu'il nous a semblé utile d'en faire connaître les suites pour mettre les chirurgiens en défiance contre certaines complications.

M. X..., ancien sous-officier de l'armée active en 1859, sous-lieutenant en 1870, entre au Val-de-Grâce, sur sa demande, le 24 janvier 1887. C'est un homme de 54 ans, mais à cheveux blancs, amaigri, et à muscles affaissés et il porte plutôt 60 ans que 54 ans. Blessé en 1859, à la guerre d'Italie, d'un coup de feu au genou gauche, il a pu prendre du service en 1870 et il a été amputé de la cuisse à cette époque pour un coup de feu dans le genou droit.

La position de ce malade est donc la suivante : il porte à droite un appareil prothétique remplaçant la cuisse amputée, et le genou gauche étant ankylosé à angle de 70°, il marche au moyen de deux béquilles. Malheureusement il est survenu à gauche de nombreuses ostéites de l'extrémité du fémur, qui peu à peu ont amené la rétraction de l'articulation. Dans l'hiver de 1886-87, le malade a eu des abcès dont il relève et le tibia se porte de plus en plus en arrière sous le fémur ; une luxation lente et inévitable se produit ; la marche devient de plus en plus pénible et c'est parce qu'il ne peut plus aller à son travail, à ses occupations, que M. X... vient demander une opération qui permette le redressement de cette jambe. — Il a été conseillé, du reste, par un médecin qui lui a dit formellement de tenter de ramener la jambe en ligne droite.

Nous faisons marcher le malade devant nous : il est évident que le seul point d'appui sur les parties vivantes se fait sur l'extrémité antérieure des métatarsiens, ou plutôt du gros orteil gauche, le seul qui porte. — Il est certain, en outre, que la rétraction du tibia en arrière se faisant fatalement et progressivement, nous sommes au moment où la marche avec le point d'appui gauche n'est plus possible sans une extrême fatigue ; à bref délai, le malade sera condamné au séjour sur un fauteuil ou un lit.

Malgré cette perspective presque impérative, l'examen du membre est d'un pronostic fâcheux. Ces abcès condyliens, sur lesquels le malade ne donne que des renseignements douteux, mais qui ont récidivé maintes fois, font penser à un vrai foyer d'ostéite ; car la blessure remonte à 1859, et, c'est après 28 ans que des accidents se déclarent à répétition et tout dernièrement, entraînant même des crachements de sang. Dans une conférence clinique, annonçant les conditions du malade, les opérations à tenter, j'arrivais à conclure pour la non intervention. En effet, dans un cas analogue et pour la rectitude du membre il est permis de songer : 1° à la réduction simple ; 2° à la résection ; 3° à l'ostéotomie ; 4° à l'ostéoclasie.

1° *La réduction par l'extension simple.* — J'ai pratiqué plusieurs fois cette opération pour des ankyloses fibreuses, dans des cas de fièvre typhoïde, après escharres et attitude vicieuse, voir même pour des coups de feu des parties molles. Je me souviens d'une jeune femme qui fut ainsi guérie d'une rétraction double avec semi-luxation tibiale (1). Deux séances d'extension dans le chloroforme, quatre appareils placés permirent d'avoir une première amélioration qui fut continuée par l'extension dans le sommeil au moyen de poids de plus en plus forts. Aujourd'hui, cette jeune femme marche droite, et, chose curieuse, sous l'influence des courants électriques, les membres inférieurs avaient pris la musculature masculine.

Mais ici, rien de pareil n'est à tenter : l'articulation n'existe plus, la rotule est déformée, le coup de feu a produit des adhérences solides et profondes. Les mouvements communiqués n'obtiennent rien et font au contraire percevoir une résistance infranchissable. Il n'y a plus de trajet fistuleux suppurant, c'est vrai; les reliefs musculaires du biceps et de la patte d'oie sont nets ; pas d'induration superficielle, et cependant, l'extension un peu violente, outre qu'elle est douloureuse, ne permet pas de penser a une réduction parfaite, même avec le chloroforme.

2° *La resection.* — Notre malade a 54 ans, il est fortement affaibli, a craché du sang, mange peu et se soutient surtout avec du rhum. Risquer les extrémités osseuses, serait s'exposer d'abord à la formation de foyers d'ostéomyélite à peine calmés, et 2° à un membre flottant de polichinelle, par l'absence de consolidation à cet âge et dans un état semi-cachectique.

3° *L'ostéotomie.* — J'ai craint de pénétrer à ciel *ouvert* et avec le ciseau dans un os malade depuis plus de 20 ans et tout disposé à l'inflammation profonde.

4° En résumé, l'*ostéoclasie* restait comme la seule opération à tenter, et, même malgré son caractère sous-cutanée, malgré l'absence d'exposition du foyer de la fracture à l'air, je redoutais si bien des accidents que mon premier conseil fut l'abstention. Je déclarais au malade dans les tout premiers jours de son entrée que je n'interviendrai pas : la chose me paraissait trop périlleuse.

Le malade insistait et restait à l'hôpital, bien que rien ne justifiât son séjour, sinon l'expectation de l'opération. On lui avait dit qu'elle pouvait être faite et il était entré au Val-de-Grâce pour ce seul motif.

Je fis appel à mon collègue, M. le Pr Chauvel, qui visita le malade avec moi. Tenant compte de la position grave où allait se trouver bientôt M. X... qui ne pourrait plus marcher, la rétraction se faisant malgré tout, M. Chauvel me dit que suivant lui il y avait quelque chose à faire. Je me décidais alors pour l'ostéoclasie et, demandant à M. Mathieu l'appareil de Robin perfectionné, nous appliquâmes le 17 février l'ostéoclaste avec toutes les précautions voulues. La fracture ne se produisit qu'à 4 centimètres du point désiré.

Les suites immédiates en furent des plus simples et aucune réaction ne se montra : un peu de douleur existait sous l'appareil qui maintenait le membre en position. Appareil moulé d'avance et dans lequel le membre fut placé dès la fracture. La virole périostique se forma très régulièrement, assez vite même pour que je me décidasse à tenter la rectitude le 22 février.

Elle fut pénible, non pas au niveau de la virole cartilagineuse qui céda comme de la terre glaise, mais au creux poplité où le côté externe surtout formait une corde tendue, saillante et résistante. Néanmoins, la rectitude était presque obtenue avec une sinuosité au niveau de la fracture ; les os n'avaient pas perdu le contact au point fracturé, et si la disposition acquise était conservée, le progrès devait être très considérable. La jambe était raccourcie, mais touchait le lit par la face postérieure du mollet.

A son réveil du chloroforme, le malade se plaignit d'une sensation de froid dans tout le membre et d'une insensibilité presque complète à la partie externe du pied et dans toute la jambe.

Du délire eut lieu dans la nuit : sub-delirium tremens ; le malade mange peu depuis longtemps et se soutient avec de l'alcool. De plus, l'appareil qui avait été placé au moment de la réduction était complètement brisé et déformé au matin.

Voici du reste comment il avait été placé : le membre en rectitude était enveloppé dans une forte couche de coton. Par dessus le coton, des bandes (non de plâtre), mais de silicate, c'est-à-dire molles avaient été enroulées du *milieu* de la cuisse au *milieu* de la jambe. Pour maintenir la rectitude de cet appareil mou et frais pendant les premières heures, j'avais placé sur la partie antérieure de la cuisse une attelle mince et flexible en bois, qui faisait ressort et portait le tibia en avant dans la position désirée.

Le médecin de service, appelé le soir, constatait que l'appareil n'était point serré et laissait le tout en place en recommandant au malade de conserver la position horizontale. Tout fut inutile : le malade sans rien écouter reste assis toute la nuit sur son lit, pliant l'appareil, brisant l'attelle supérieure et plaçant la jambe en flexion.

22. — A la visite du matin, j'enlève l'attelle externe ; je passe encore la main sous l'appareil, en haut et en bas je constate que rien n'est serré et que mes doigts passent librement entre le coton et la peau. Pour surcroit de précaution les deux bords de l'appareil sont fendus en haut ou en bas. Mais la fièvre se déclare, une douleur intense existe au point fracturé et à la jambe. Le pouls de la pédieuse et de la tibiale postérieure bat largement.

28. — Tout l'appareil est enlevé et alors on constate la formation d'un clapier au creux poplité, et des eschares à la portion externe et supérieure de la jambe. La paralysie du sciatique externe est complète. La température montait à 39°.

1er mars. — Une vaste collection de pus fétide, brunatre s'ouvre au creux poplité, vers le biceps, à l'endroit des anciens trajets fistuleux récidivés.

Malgré toutes les observations, les instances possibles, le

(1) Thèse de Lagrange. Agrégation de Paris, 1886.

malade s'entête à rester assis dans son lit, pliant la cuisse, et détruisant tout résultat possible de l'extension. Il était évident, à partir de ce moment, que tous les soins devraient se borner à limiter les désordres trophiques dont l'évolution s'était annoncée si brusquement. Obligé de quitter le service, je confiais le malade à M. le Pr Chavasse (le 2 mars). Des pansements longs, pénibles, méticuleux furent établis pour l'abcès. Il y eut successivement des eschares à la rotule, au mollet, à la malléole externe (ou n'arrivait pas l'appareil); un autre trajet fistuleux se formait à nouveau au condyle externe fémoral. En juin [20], une escharre se produisait encore sous la plante du pied.

Le malade fut successivement placé dans le lit mécanique suspenseur de Hac et Beck, où il put dormir, puis remis dans des gouttières pour rétablir la rectitude du fragment inférieur du fémur, lequel cédait à la rétraction incessante du tibia et entraîné par lui, faisait saillie par son extrémité supérieure. A cet endroit même la peau était rouge et menaçant de s'ouvrir. A force de soins et d'iodoforme toutes les plaies étaient cicatrisées, le 16 juillet : les fistules étaient fermées et la situation du membre n'était guère plus mauvaise qu'avant l'opération. Le malade ayant été en danger au moment de la formation du foyer interne et une ostéomyélite fémorale généralisée ayant pu se déclarer, il y avait lieu de ne pas être trop mécontent du résultat atteint.

Le 17 juillet, l'opéré qui ne pouvait plus tolérer la nourriture de l'hôpital, demandait à aller au bord de la mer. J'ai su depuis, que pendant l'hiver de nouveaux accidents trophiques étaient survenus et que des abcès osseux situés à un point fracturé avaient amené la déformation plus accentuée du membre.

L'étude des faits communiqués dans cette observation montre de la façon la plus évidente le rôle capital joué par l'élongation mécanique du nerf sciatique dans l'ostéoclasie appliquée à l'ankylose du genou.

Tout d'abord nous noterons que malgré la disposition de l'appareil, dont les colliers supérieurs étaient fortement vissés, la fracture s'est faite un peu haut. Pareille circonstance a été rencontrée par Ollier et Mollière. Ce n'est pas une complication qui puisse empêcher le deuxième temps de l'opération, et dans notre cas, quand la virole cartilagineuse fut produite sans aucun trouble immédiat après la fracture, la réduction laissa les deux os fragmentés en contact.

La distension du nerf sciatique a produit de suite le délire, une paralysie de la jambe et du pied, et même de la vessie, avec troubles trophiques immédiats. On peut assurer que le coup de feu de 1859, qui avait amené ces derniers abcès, avait laissé un vieux foyer d'ostéomyélite et provoqué des adhérences solides et profondes du nerf avec les parties molles voisines de l'os. Nous avons parfaitement senti cette résistance en tentant la mise en ligne droite, et toute notre attention se portait sur les vaisseaux qui furent heureusement indemnes. Le nerf sciatique ne résista pas ou du moins ses fonctions furent de suite abolies. La présence d'eschares dans des points où l'appareil n'arrivait pas, ne laisse aucun doute à ce sujet. C'est là un fait majeur et qu'il ne faut plus oublier dans la réduction de l'ankylose du genou, bien que les ouvrages cités dans les thèses de Lyon n'en fassent nulle mention.

Cette complication est d'autant plus malheureuse qu'elle ne permet plus aucune intervention, sous peine de produire de nouvelles plaques gangréneuses. Tous nos efforts, dans ce cas, durent, en effet, se limiter à permettre le libre écoulement de l'abcès profond, engendré par les anciens germes de l'ostéomyélite de 1859, à éviter la moindre action de pression sur la peau, et, par conséquent, à laisser le membre reposer dans une gouttière avec la position que le malade lui avait donnée : c'était à peu près l'angle de 70° du début. Il n'a pas fallu moins de six mois pour calmer cet orage et après une période de calme, d'autres abcès se sont reformés à l'extrémité du fémur. Il ne serait pas étonnant qu'il y eut là un corps étranger, cause de ces accidents suppuratifs répétés.

Quand on compare cette observation aux 14 faits consignés dans la thèse de Pousson, il est permis de penser que tout n'est pas dit sur l'ostéoclasie dans l'ankylose du genou. Il existe, en effet, une différence profonde entre les lésions pathologiques et les désordres produits par les coups de feu. Si Langenbeck et Volkmann ne sont pas arrêtés par les abcès osseux et la carie, il nous semble qu'il faut compter avec les adhérences inconnues qui agglomèrent entre elles les parties du paquet vasculo-nerveux, après les coups de feu.

Il est évident que l'indocilité du malade a été pour beaucoup dans l'insuccès de l'opération : nul doute que si la première position donnée le 22 février eut été conservée, le résultat définitif, malgré les abcès, eut été en somme satisfaisant. Un membre même atrophié et formant une tige rigide peut donner un bon point d'appui.

Le traumatisme nouveau et l'élongation du sciatique ont produit des réflexes d'une intensité énorme, sur la moelle et le cerveau. Sur le cerveau, en créant du délire, peut-être subalcoolique; sur la moelle, en excitant la contraction musculaire du membre avec d'autant plus de force que le côté opposé était amputé. Le malade était inconscient dans cet orage des nerfs; mais le résultat de l'ostéoclasie était perdu.

Nous n'avons pas hésité à publier ce fait parce qu'il nous paraît d'un enseignement utile dans le traitement de l'ankylose du genou après les blessures de guerre. Tous les faits connus à Lyon étaient le résultat d'affections spontanées pathologiques : quelques-unes dépassaient en gravité apparente notre observation où l'angle d'ankylose n'était pas aigu. Mais les coups de feu laissent souvent dans les os des corps étrangers, des foyers latents d'inflammation, des désordres peu appréciables à l'extérieur, qui déjouent toutes les tentatives de guérison ultérieure.

MALADIE DE FRÉDÉRIC III. — Répondant à M. Mackenzie qui avait accusé M. Bergmann d'avoir fait un faux passage en insérant le 12 avril une nouvelle canule dans la plaie pratiquée au mois de février par l'opération de la trachéotomie dans la trachée-artère, d'avoir ainsi [illegible] de l'empereur, et qui avait invoqué comme preuve le procès-verbal [illegible] la Gazette nationale publie [illegible] des docteurs Virchow et de Waldeyer, disant que, dans le procès-verbal, il n'est pas du tout question de la cavité [illegible], cavité qui n'a jamais existé. Le [illegible] dans lequel la canule défectueuse se serait [illegible], d'après la [illegible], a été trouvé dans un état normal et sans cicatrice lors de l'autopsie; on avait cependant ouvert la trachée-artère jusqu'aux bronches. (Voyez page 284).

ÉPIDÉMIES. — La [illegible] semble diminuer un peu d'intensité aux États-Unis.

VARIOLE ET [illegible]. — On sait que jusqu'à l'époque de la création de l'hôpital d'Aubervilliers, les varioleux [illegible] dans les salles [illegible] des hôpitaux généraux. Bien [illegible], cette [illegible] ne laissait pas d'avoir des inconvénients très graves; aussi l'administration de l'Assistance publique a-t-elle centralisé depuis [illegible] les varioleux à l'hôpital d'Aubervilliers, [illegible] ce genre d'affections. Le tableau des [illegible] médicales a permis de relever [illegible]. Pendant toute une semaine du [illegible] de septembre, il n'y a eu que dix varioleux en traitement à l'hôpital d'Aubervilliers, alors que le nombre [illegible] en général [illegible] ces malades [illegible] encore admis dans les [illegible] des hôpitaux généraux. Une moyenne aussi faible n'avait jamais été constatée jusqu'ici. Temps.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

—

Fractures des Cartilages costaux et luxation de l'Appendice xiphoïde ;

par **Adrien POZZI**, ancien interne des hôpitaux.

Les affections traumatiques du plastron thoracique ne sont pas très fréquentes. Protégées par leur élasticité, les parties qui le composent plient sous le choc ; rarement elles cèdent à la violence ou abandonnent définitivement leurs rapports habituels. Si les fractures des cartilages costaux sont d'une rareté relative, les luxations de l'appendice xiphoïde sont exceptionnelles. L'intérêt de curiosité qui s'attache à ces lésions peu communes, et les questions, encore controversées, qui se rattachent à leur étude, nous ont engagé à publier l'examen d'une pièce de ce genre que nous avons étudiée, et les quelques recherches que nous avons faites à ce sujet.

Cette pièce a été trouvée sur le cadavre d'un nègre de 33 ans, mort d'une affection pulmonaire, dans le service de notre maître, le Dr Troisier, à la Pitié. Elle

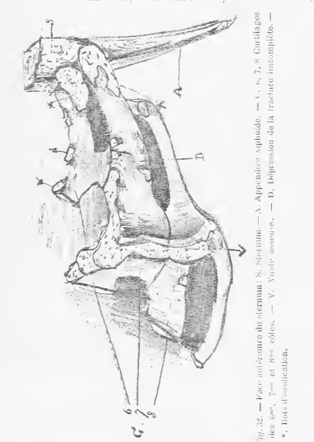


Fig. 32. — Face antérieure du sternum : S. Sternum. — A. Appendice xiphoïde. — C. 6, 7, 8 Cartilages des 6me, 7me et 8me côtes. — V. Virole osseuse. — D. Dépression de la fracture incomplète. — *. Ilots d'ossification.

présente une fracture des 7e et 8e cartilages costaux droits, avec une luxation de l'appendice xiphoïde.

La fracture du 8e cartilage costal est unique et complète : elle siège à 5 cent. de sa pointe. Juste au même niveau et semblant se continuer avec elle, se trouve la fracture complète du 7e cartilage ; elle siège à 7 cent. du bord du sternum. Sur ce même cartilage, à 4 cent. du rebord sternal, est une dépression, marquant une fracture incomplète, bien plus nette à la face postérieure.

Les deux fractures complètes peuvent être réunies dans une même description. Examinées par leur face antérieure, on voit le fragment sternal, en *avant* du fragment externe, sur lequel il a *sauté ;* il en résulte une sorte de *marche*, dont la hauteur mesure 1 centimètre environ.

Les deux fragments sont unis par une virole osseuse, qui encercle et unit les deux fragments.

En avant, ce cal comble, en partie seulement, l'angle dièdre de la *marche ;* il laisse libre, et à angle vif, la cassure nette du fragment sternal, cartilagineux.

La virole augmente d'étendue sur les bords ; elle est beaucoup plus large en arrière, masquant toute trace du déplacement des fragments. Elle s'étale surtout sur le 7e cartilage costal ; au niveau de l'espace inter-cartilagineux elle s'étrangle, puis s'élargit de nouveau. Sur cette face, on voit la cicatrice évidente de la fracture incomplète, dont une plaque osseuse unit les deux bords. Cette plaque ne s'étend pas sur toute la hauteur de la fracture, et l'on peut voir, près du bord supérieur du cartilage, la rainure de la solution de continuité. (Voir *Fig.* 32 et 33).

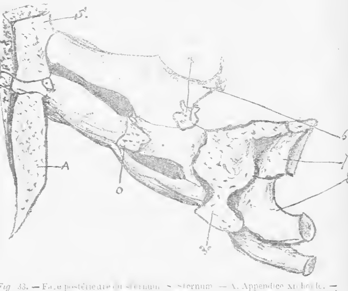


Fig. 33. — Face postérieure du sternum. S. Sternum. — A. Appendice xiphoïde. — C. 6, 7, 8, 6me, 7me et 8me cartilages costaux. — V. Virole osseuse. — O. Cal osseux de la fracture incomplète. — R. Rainure de la fracture. — *. Ilots d'ossification.

Pour nous rendre un compte exact du mode de réparation, nous avons fait une coupe suivant la direction du cartilage (*Fig.* 34). Sur cette coupe, on voit les tranches nettes des deux cartilages. Entre eux se trouve un cal osseux qui comble, en avant et en arrière, les

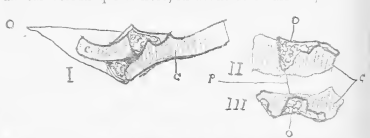


Fig. 34. — Permettant de [illegible] deux cartilages. — I. Coupe [illegible] et perpendiculaire au c. — II et III. [illegible] section passant horizontalement entre les deux coins osseux. — O. Coin osseux. — C. Cartilage. — P. Pont cartilagineux entre les deux fragments.

angles dus au chevauchement ; il empiète sur leurs faces, formant deux crampons qui les unissent solidement l'un à autre. Mais ces deux coins osseux ne se rejoignent pas par leurs pointes ; les séparant, se trouve un pont de tissu cartilagineux. Cette disposition est encore plus manifeste sur une coupe passant en cet endroit

(*Fig.* 35). On voit nettement la bande cartilagineuse allant d'un fragment à l'autre, et, par transparence, l'os voisin, dont on peut même la décoller ; elle forme alors comme une passerelle, entre les deux extrémités divisées, des cartilages costaux.

On voit aussi parfaitement que le cartilage a une sorte d'aspect filamenteux, dont les stries se dirigent suivant son plus petit diamètre.

Il existe, de plus, sur cette pièce, un déplacement de l'appendice xiphoïde. L'appendice ensiforme du sternum est en arrière du plan antérieur de cet os. Le 6e cartilage costal est enclavé dans une facette bien marquée du sternum. Mais l'extrémité interne du 7e est placé sous le bord inférieur de la deuxième pièce sternale, taillée en biseau suivant son épaisseur, de haut en bas et d'avant en arrière. L'extrémité supérieure de l'appendice présente la disposition homologue, et la réunion de ces deux entailles, forme une sorte de cupule dans laquelle est reçue et maintenue l'extrémité sternale, arrondie, du cartilage de la 7e côte. Elle n'occupe pas toute la cupule, et à l'état frais, comblant le vide, se trouvait un petit peloton adipeux. Cette disposition se voit surtout suivant une coupe passant par l'axe du steruum. (*Fig.* 4).

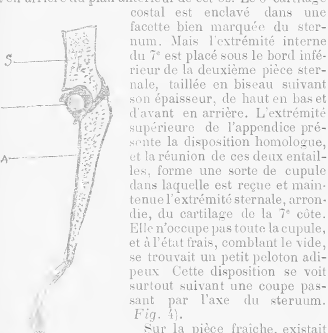


Fig. — S. Sternum. — A. Appendice xiphoïde. — C. Extrémité sternale du 7e cartilage costal.

Sur la pièce fraîche, existait une sorte de bourse séreuse, interposée entre les extrémités des cartilages droit et gauche, venant se rencontrer sur la ligne médiane. L'appendice ensiforme est relié au corps du sternum et au bord inférieur du cartilage précédent, par des liens fibreux ; il jouissait d'une certaine mobilité dans le sens antéro-postérieur.

L'histoire des fractures des cartilages costaux ne date que du commencement du siècle. Lobstein, de Strasbourg (1) et Magendie (2) publièrent, presque en même temps les premières recherches sérieuses sur ces fractures et attachèrent plus spécialement leur nom à l'étude de quelques points de leur pathologie. On cite toujours le premier à propos de la consolidation et de la réunion des fragments ; les idées du second, sur le mécanisme de leur déplacement, sont devenues classiques. Magendie s'est plaint qu'on attribuait à Lobstein la découverte du rôle du périchondre dans la production de la virole osseuse, affirmant à Roguetta qu'il avait étudié et qu'il connaissait le mode de formation du cal dans ces fractures, alors qu'il n'était qu'étudiant (3). Mais il est incontestable que la première publication appartient à Lobstein. Les travaux importants, publiés plus tard, sont peu nombreux. Le mémoire remarquable de Malgaigne, en 1841 (1), reproduit ensuite dans son Traité, a servi de base à toutes les descriptions françaises et étrangères. Les travaux de ces trois auteurs français ont été complétés depuis, mais aucun fait nouveau capital n'a été ajouté à leur étude. Il nous faut encore signaler le chapitre de Gurlt dans son *Traité des fractures* (2), l'article de Paulet dans le *Dictionnaire encyclopédique*, et surtout le travail de Bennet (3) ; enfin, dans l'*Encyclopédie allemande de chirurgie*, l'on trouvera la description la plus récente de ces fractures (4).

Ces fractures sont incontestablement moins ordinaires que les fractures des côtes, parmi lesquelles beaucoup, sans doute, ont été rangées. Mais elles paraissent être plus fréquentes qu'on ne l'écrit dans les traités classiques, et surtout moins exceptionnelles que ne le croyait Malgaigne. N'en ayant trouvé qu'un exemple sur 2328 fractures relevées sur les registres de l'Hôtel-Dieu, et trois dans sa pratique, il les considérait comme des raretés. Bourneville, réunissant les statistiques de Gurlt et de Paulet (5), soigneusement contrôlées, a trouvé, en ajoutant quelques nouvelles recherches et un cas personnel, 44 fractures des cartilages costaux. Nous avons pu réunir 35 autres faits, ce qui donne un total de 79 fractures. Ces différents cas nouveaux se répartissent ainsi : 1 de Graves (6), 1 de Reed (7), 3 observations de Holmes et 3 pièces du musée de St-Bartholomew (8), 1 de Lane et une pièce du musée de Guy's Hospital (9), 1 de MacLeod (10), 9 de E. Bennet (11), 1 de Gillepsie (12), 1 in St-Thomas' Hospital Surgical cases (13), 1 de Le Gros Clark (14), 2 d'Oserkowski (15), 3 de Volkmann (16), 1 de Puel (17), 2 de Riedinger (18), 1 de Savard et 1 de Quénu (19), 1 de Watson (20), plus le nôtre.

Ces fractures s'observent habituellement dans l'âge moyen de la vie. Malgaigne cite une fracture, chez un jeune homme de 17 ans, et Stimson parle, sans donner l'observation ni l'indication, d'un jeune blessé de 7 ans. Ce cas est évidemment celui de Roguetta (*loc. cit.*).

(1) Lobstein. — Rapports sur les travaux exécutés à l'Amphithéâtre d'Anatomie de Strasbourg, 1805 et *Anatomie Pathologique*.

(2) Magendie. — *Mémoire sur les fractures des cartilages costaux* ; in *Biblioth. médic.*, t. XIV.

(3) Roguetta. — Mémoire sur la disjonction des épiphyses, in *Gaz. méd. de Paris*, 1834, p. 482.

(1) Malgaigne. Recherches sur les fractures des cartil. sterno-costaux ; *Bulletin de Thérapeutique*, avril 1841 et *Traitement des Fractures et des Luxations*. Paris, 1847, t. I, p. 443.

(2) Gurlt. *Handbuch der Lehre von Knochenbruchen*, 1864, vol. II, p. 258.

(3) Bennet. — In *Dublin Quarterly, Journal of med. Science* March, 1876.

(4) *Deutsche Chirurgie* de Billroth et Luecke. Lief. 42, 1888, p. 77. — Voir aussi : Th. de Paris, de Manuel, de Henry, 1877 ; et mémoire sur les *Luxations des cartilages costaux*, in *Mémoire de l'Ac. des sc. et lettres de Montpellier*, 1854, p. 23.

(5) Bourneville, Bricon et Courbarien ; in *Bulletin Société Anatomique*, 1886 et *Progrès médical*, 1886, p. 821.

(6) Graves. — In *Gaz. médic.*, Paris, 1833.

(7) Reed. — *Americ. J. of Med. Sc.*, XL, 1860, p. 129.

(8) In Holmes A. : *System of Surgery*, art. de Poland et Lyell, 3e édition, 1883.

(9) Lane. — In *Lancet*, t. I, 1884, p. 426.

(10) Mac-Leod. — *Notes on the war of Secession* in Stimson : *As. Treatise on fractures*. Londres, 1883, p. 119.

(11) E. Bennet — In *Dublin J. of Medic. Science*, mars 1876, octobre 1877 et 1884, t. XVII.

(12) Gillepsie ; in *Edinburgh. Med. J.*, 1863, t. II, p. 619.

(13) *St. Thomas' Hospital Reports*, 1876, vol. VIII.

(14) Le Gros Clark.— *Lectures on the principles of surgical diagnosis especially in relation to shock and visceral lesions*. Londres, 1880, p. 206.

(15) Oserkowski. — *Centralblatt fur Chirurgie*, 8, N. 19, page 300.

(16) Volkmann. *Beiträge zur Chir.*, 1875.

(17) Puel. — *Annales de la Société de med. d'Anvers*, 1876, cité par Riedinger.

(18) Riedinger ; in *Deutsche Chirurgie*. 1888, en bas de p. 81.

(19) *Société anatomique*, février et décembre 1879.

(20) *Société anatomique*, 1880. — On trouvera l'indication des autres observations citées dans ce travail et qui ne sont pas indiquées ici dans les tableaux de Bourneville (*Loc. cit.*).

Or, ici, il n'y avait pas de fracture, mais disjonction des cartilages de leurs côtes par une forte pression manuelle sur le thorax. Dans les observations sur de très jeunes sujets, on peut se demander, si on n'a pas confondu avec un vice de conformation. Otto, Rokitanski, Bennet (1) ont vu des thorax où, congénitalement, l'extrémité antérieure d'une côte, n'atteignait pas le cartilage correspondant ; d'où une dépression, surmontée par la saillie du cartilage libre, simulant une fracture. Sur 31 observations précises, nous avons trouvé comme âge moyen de ces fractures, 44 ans : 12 fois elles se sont produites de 20 à 40 ans, 2 fois au-dessus de 60 ans, et 17 fois entre 40 et 60 ans.

On a pensé, pendant longtemps, que les cartilages devenus osseux pouvaient seuls se rompre. Boyer avait dit que « *les cartilages des côtes ne peuvent être fracturés qu'à cette époque, où ils sont ossifiés par les progrès de l'âge* (2). » Mais, plus tard, il reconnut son erreur : « *L'expérience a montré que cette opinion, en apparence fondée sur l'observation, et que nous avions nous-même adoptée, est erronée* (3). »

L'observation a de plus démontré qu'il n'y avait pas une corrélation absolue entre l'âge et l'ossification de ces cartilages. Pour Sappey, c'est de 40 à 50 ans que commence le travail d'ossification, qui marche très lentement ; c'est aussi à cette époque que les fractures sont plus fréquentes. Chez notre homme de 33 ans, les noyaux d'ossification étaient déjà fort nombreux. Mais avant l'ossification il y a un stade intermédiaire, où le cartilage devient plus opaque, plus dur, et cassant. Pour Bennet (4), dans la plupart des cas, sinon dans tous, les cartilages fracturés sont dans cet état de vieillesse prématurée. Quand, au microscope, on examine ces cartilages, même ayant appartenu à de jeunes sujets, on trouverait, au lieu de la substance hyaline du cartilage, un tissu filamenteux ; les capsules seraient plus grandes, déformées, parfois kystiques. Mais sous quelle influence se produit cette altération, c'est ce que Bennet ne dit pas. Cette altération des cartilages, qui évidemment n'entre guère en ligne de compte dans les grands traumatismes, permet de comprendre mieux certaines de ces fractures.

Nous croyons, en effet, que c'est ainsi que peuvent s'expliquer la plupart des fractures, dites par *action musculaire*, rares d'ailleurs, et qui méritent plutôt le nom de *fractures spontanées*. Les observations de Podraski et de Graves, où se fut en éternuant dans le premier cas, et pendant un accès de toux dans le second, que se produisirent les fractures, nous paraissent devoir être rangées dans cette catégorie. Les cas de Broca et de Charrier pourraient peut-être, à la rigueur, s'expliquer par l'action des muscles. Dans ces deux cas, survenus dans des circonstances analogues, mouvement brusque pour éviter un danger, la fracture siégeait au niveau des insertions des muscles grands droits antérieurs de l'abdomen (6me, 7me, 8me et 9me cartilages, à droite). L'on peut comprendre, que dans le redressement brusque du tronc, les cartilages aient cédé, fixés par les muscles droits, lors de la contraction violente et rapide des muscles spinaux. Mais il est encore fort probable que ces cartilages avaient perdu déjà leur souplesse.

(*A suivre*).

(1) Bennet. — Mémoire lu à l'*Academy of Medicine of Ireland*, 188., et in *Dublin J. of med. Sc.*, Volume LXXV, p. 523.
(2) Leçons du chirurgien Boyer sur les maladies des *Os*, recueillies par Anth. Richerand. Paris. An III, t. I, p. 102.
(3) *Traité des maladies chir.*, Paris, 1814, t. III, p. 151 et 152.
(4) Bennet ; in *Dubl. J. of Med. Sc.*, mars 1876.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'assainissement de la Seine et le tout à l'égout.

Dans sa séance de lundi dernier 15 octobre, le Comité consultatif d'hygiène de France, au bout de *sept* mois (1) s'est enfin décidé à répondre aux questions, à notre avis bien superflues, que lui avait posées la commission du Sénat, chargée de l'examen du projet de loi adopté par la Chambre des députés, relatif à l'*assainissement de la Seine* et à l'*utilisation agricole des eaux d'égouts*. Le rapport, que nous n'avons pas encore, se termine par les conclusions suivantes, qui ont été adoptées dans des conditions que nous ferons connaître s'il y a lieu :

1re Question. *L'épandage des eaux d'égout tel qu'il est pratiqué à Gennevilliers et tel qu'il résulterait de l'adoption par le Sénat du projet de loi voté par la Chambre sur l'utilisation agricole des eaux d'égout et l'assainissement de la Seine offre-t-il des dangers pour la salubrité publique?*

Réponse : Il n'est pas démontré que l'épandage des eaux d'égout, même chargées de matières excrémentielles, offre un danger pour la salubrité publique, pourvu que l'on tienne compte de la nature du sol épurateur, de son étendue et des volumes d'eaux déversés ; les rapports de ces différents facteurs ne peuvent être établis que par la pratique.

2me Question. *Existe-t-il relativement à la préservation des eaux de la Seine, un système connu, meilleur au point de vue de la salubrité publique?*

Réponse: Relativement à la préservation de la Seine, nous ne connaissons pas de meilleur système, sous la condition que les surfaces à irriguer auront une étendue suffisante pour permettre une épuration aussi complète que possible, et que les eaux d'égout seront employées en totalité sans qu'aucune portion de ces eaux puisse être soit habituellement, soit accidentellement projetée à la Seine.

3me Question. *Le système du « tout à l'égout » pratiqué conformément au règlement voté par le Conseil municipal le 28 février 1887 présente-t-il des inconvénients pour la santé publique?*

Réponse : Le système du « tout à l'égout » présente actuellement des inconvénients. Malgré les modifications que l'on se propose d'appliquer aux aménagements des égouts, certains de ces inconvénients persisteront: ceux par exemple qui résultent de la large communication des égouts avec l'air extérieur et de la complexité des services installés dans ces égouts.

4me Question. *Existe-t-il un système de vidange connu qui présente moins d'inconvénients pour la santé publique?*

Réponse : Théoriquement, on peut concevoir des systèmes de vidange meilleurs que le « tout à l'égout ». Le Comité consultatif n'a pas qualité pour étudier ou proposer un de ces systèmes.

Comme on le voit les réponses sont favorables en dépit de réticences que ne justifient aucunement les expériences séculaires qui ont été faites du tout à l'égout et de l'utilisation agricole des eaux d'égouts, mais qu'explique l'opposition que nous n'avons jamais comprise de la part de notre éminent ami M. Brouardel, président du Comité. Nous espérons que la commission du Sénat, qui n'a plus de motifs d'attermoiement, va se hâter de déposer son rapport et d'en demander la

(1) Le *Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine* a donné ses réponses deux semaines après la demande que lui avait adressée le Sénat.

discussion immédiate. Il y aurait un grand intérêt, au point de vue patriotique et scientifique à montrer cette question résolue aux savants qui viendront à l'Exposition universelle de 1889 : des intérêts privés, médiocrement respectables, s'y sont trop longtemps opposés ; il est grandement temps d'en finir. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 8 oct. 1888. — PRÉSIDENCE DE M. DESCLOIZEAUX.

M. TRÉCUL lit un travail sur *l'ordre d'apparition des premiers vaisseaux dans les feuilles des Humulus lupulus et japonicus.*

M. MAQUENNE présente une note sur la *Perséite.* Il croyait jadis que c'était un alcool polyvalent, isomère des diverses mannites dont la formule est $C^6H^{14}O^6$. Aujourd'hui, il démontre que la Perséite est un composé heptylique et l'envisage comme l'homologue immédiatement supérieur à la mannite ordinaire et admet comme formule $C^7H^{16}O^7$. La Perséite constitue donc à la fois le premier alcool heptavalent, et le premier sucre en C^7 qui ait encore été signalé. On doit la ranger dans la série des alcools polyatomiques $C^nH^{2n+2}O^n$. C'est, après l'arabite de Kiliani, le second exemple d'alcool sucré à fonction simple qui ne soit pas en C^6. Il n'y a donc plus que 4 isomères de la formule $C^6H^{14}O^6$ qui sont : mannite, dulcite, isodulcite, sorbite (1).

M. ROUFFIANDIS adresse une note sur les *maladies de la vigne.*

M. JUDÉE envoie un travail relatif à *l'innervation du cœur.*

M. MAUMENÉ communique un travail sur la *synthèse des principes immédiats des éléments de l'atmosphère sur l'influence des corps poreux.* MARC. B.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 13 *octobre* 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

MM. BOUCHARD et CHARRIN ont observé récemment deux cas de *dégénérescence amyloïde* développée chez le lapin : ils résument ainsi qu'il suit leurs observations.

Un lapin vacciné avec des cultures pyocyaniques est inoculé par voie intra-veineuse avec le bacille du pus bleu le 13 avril 1887. Il résiste à l'inoculation, susceptible pourtant de tuer les animaux témoins dans les 48 heures. En juillet, octobre, décembre, il est inoculé de nouveau dans les veines avec le bacille pyocyanique. A dater du 19 décembre, albuminurie qui persiste jusqu'à la mort survenue le 14 mars 1888. Dans les derniers mois, les urines ne contenaient plus la pyocianine qu'elles renfermaient cependant les premiers jours. L'examen histologique révéla la dégénérescence amyloïde des deux reins et l'hypertrophie du ventricule gauche. Le second animal chez lequel les cultures ont causé la dégénérescence amyloïde est un lapin mort tuberculeux après inoculation. Chez les deux animaux, on peut invoquer l'infection comme cause initiale des lésions qui se présentaient individuellement avec des caractères particuliers.

MM. CHARRIN et A. RUFFER ont institué une série d'expériences sur *l'élimination par les urines des matières solubles vaccinantes fabriquées par les microbes en dehors de l'organisme.* Ces expériences établissent que dans la maladie pyocyanique les substances chimiques fabriquées dans les milieux de cultures artificiels sont capables de traverser le corps du lapin et de s'éliminer par les urines en conservant leurs propriétés vaccinantes ; elles établissent en outre que la propriété vaccinante des substances chimiques fabriquées dans le corps des lapins inoculés avec le bacille pyocyanique (expériences de M. Bouchard) est bien attribuable directement, pour la plus grande partie du moins, à ce bacille et non à l'action des cellules de l'animal.

M. CHAUVEAU demande si l'on retrouve dans les urines, non seulement les matières vaccinantes, mais encore les matières morbifiques, celles qui sont capables par exemple de produire la paralysie pyocyanique.

M. BOUCHARD répond que si, ce qui est possible, la matière morbifique et la matière vaccinante ne sont pas une seule et même substance, il pourrait se faire, par exemple, que l'une d'elles, la matière morbifique, fut retenue dans le corps de l'animal, l'autre étant éliminée.

M. CHARRIN poursuit des expériences qui permettront bientôt de résoudre cette question.

M. GELLÉ démontre par une série d'expériences le *rôle prédominant que joue dans les phénomènes acoustiques la chaîne des osselets.*

M. DUPUY fait une communication sur la *procréation des sexes à volonté.* Si le premier enfant est un garçon et si le père désire avoir un second garçon, la femme devra être fécondée dans la période menstruelle impaire relativement à celle que suit l'accouchement ; le contraire pour une fille, étant donné que le premier né soit un garçon et *vice versa.*

M. G. POUCHET remet une note de M. CHABRY sur un *procédé d'injection des cellules animales ou végétales,* et, en son nom, un travail sur le *teste des Arthropodes.*

M. GRÉHANT décrit une *pile* pouvant servir pour les recherches de laboratoire. GILLES DE LA TOURETTE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 *octobre* 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

M. CHARPENTIER fait une communication sur *les causes qui déterminent la création des sexes.* A l'heure actuelle on n'a aucune donnée précise sur ces causes. Il existe cependant un certain nombre de causes qui agissent par leur réunion ; il ne faut les chercher exclusivement, ni dans l'ovule, ni dans les spermatozoïdes. Le sexe est déterminé par l'action réciproque de ces deux éléments, du fait de la conception. Il semble pourtant que l'âge absolu ou relatif des parents a une certaine influence sur la production du sexe de l'embryon, de même que le degré plus ou moins prononcé de la vigueur sexuelle du père, ainsi que le moment où l'œuf a été fécondé après son expulsion de l'ovaire. Il paraît assez nettement établi que quand l'homme est de dix ans au moins plus âgé que la femme, et que celle-ci se trouve à l'âge de sa plus haute activité reproductive, il naît plus de garçons que de filles. Le facteur fécondant qui est le plus énergique, au point de vue du sexe, possède la propriété d'engendrer plus d'individus de son propre sexe. Le coït pratiqué tardivement après la menstruation huit jours au minimum favoriserait la production des garçons. La proportion générale est de 106 garçons contre 100 filles. D'après M Bidder, il semblerait que le sexe tient à la qualité mâle ou femelle de l'ovule. Les ovules mâles seraient plus nombreux et plus aptes à être fécondés dans le jeune âge et dans un âge avancé. C'est au contraire dans la période de pleine floraison de la femme que les ovules femelles se trouveraient plus nombreux et plus aptes à être fécondés et, conséquemment, la femme imposerait son sexe.

M. DE VALCOURT de Cannes lit un mémoire sur l'in-

(1) *Classification des sucres.* — On appelle SUCRES tous les alcools polyatomiques à saveur se rapprochant de celle de la Saccharose. *Alcools saturés,* ou Sucres en C^2, C^3, C^4 : C^2 = *Glycol* = C^2H^4 — OH — OH = $C^2H^6O^2$. C^3 = *Glycérine* = C^3H^5 — OH — OH — OH = $C^3H^8O^3$. C^4 = *Erythrite* = C^4H^6 — OH — OH — OH — OH = $C^4H^{10}O^4$. — *b. Sucres* [illegible]. C^5 : En C^5 = *Arabinose* = C^5H^7 — OH — OH — OH — OH — OH = $C^5H^{12}O^5$. En C^6 = *Mannite* [illegible] = C^6H^8 — OH — OH — OH — OH — OH — OH = $C^6H^{14}O^6$; [illegible]. En représentant l'Inosite et la Quercite. Les Aldéhydes sont les Glucoses. La SACCHAROSE est une combinaison des sucres en C^6 avec perte d'H^2O.

fluence heureuse *des bains de mer en hiver, chez les enfants atteints de la scrofule* et de tuberculose osseuse.

M. Laborde fait une nouvelle communication sur *l'alcool et sa toxicité*. Aujourd'hui, M. Laborde étudie l'essence de noyau, qui produit des accidents convulsifs tétaniformes. La liqueur de noyau contient 5 grammes d'essence par litre ; cette essence agit par ingestion ou injection, et aussi par ses vapeurs. Physiologiquement et expérimentalement nous savons que l'industrie fabrique et offre à la consommation publique des produits éminemment toxique et dangereux qu'elle dissimule sous le masque d'un arôme agréable. Nous savons que l'alcool lui-même, élément fondamental, contient les produits les plus toxiques et jusqu'aux convulsivants. Rectifier, purifier les alcools, voilà le grand moyen de parer au danger et la solution fondamentale du problème. Malheureusement, il manque aux procédés actuels un critérium expérimental.

M. Dujardin-Beaumetz, malgré l'opposition de M. Laborde, maintient que les injections intra-veineuses constituent un procédé défectueux pour apprécier la valeur thérapeutique et la puissance toxique d'une substance quelconque. Nous savons, en effet, que les sels de potasse, l'iodure de potassium, etc., peuvent être introduits sans danger dans l'estomac ; mais nous savons aussi que ces mêmes substances introduites dans les veines engendreraient des accidents graves et même la mort.

M. Laborde fait observer que les physiologistes se gardent bien d'introduire dans le sang des substances coagulantes.

M. Lancereaux, à l'occasion de l'alcoolisme, déclare qu'il ne regarde pas l'athérome, la sclérose rénale, etc., comme étant d'origine alcoolique. M. Lancereaux n'admet pas que l'absinthisme puisse produire des attaques d'épilepsie ou du moins d'épilepsie vraie ; les attaques convulsives qu'on observe dans cette intoxication ressortent à l'hystérie.

M. Bouchard reconnaît que les injections intra-veineuses sont défectueuses en clinique ; mais, au point de vue expérimental, elles constituent un moyen précieux pour l'étude des médicaments. L'injection intra-veineuse permet seule d'obtenir la détermination exacte des doses qui suffisent à occasionner la mort. A. J.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 12 octobre 1888. — Présidence de M. Siredey.

M. Brocq décrit diverses variétés de *folliculites et périfolliculites* qui évoluent rapidement, s'accompagnent de destruction des bulbes pileux et laissent après elle une alopécie définitive avec formation de tissu cicatriciel, ces lésions sont souvent systématiques. On peut les diviser cliniquement en trois types : 1º la pseudo-pelade, décrite en 1885 par M. Brocq; dans cette forme l'inflammation est modérée : 2º la folliculite suppurée diffuse et discrète de Quinquaud ; 3º Enfin une forme confluente, le *sycosis lupoïde*. Peut-être pourrait-on ajouter l'acné ou sycosis *kéloïdien* de la nuque.

M. Troisier communique un fait intéressant de *pleurésie hémorrhagique fibrineuse* survenue brusquement avec symptômes infectieux et qui guérit complètement en peu de temps après une seule ponction.

M. Féréol rapproche de ce fait le suivant qu'il a observé : cirrhotique avec ascite atteint d'une pleurésie hémorrhagique deux fois ponctionné et qui guérit aussi bien de la pleurésie que de la cirrhose. Il y a trois ans que ces faits se sont passé, et le malade vit encore quoique cachectique.

M. Moutard-Martin n'a pas pu étudier l'anatomie pathologique de la pleurésie fibrineuse hémorrhagique ; il n'a pas trouvé d'avantage d'indication dans les auteurs. Les malades guérissent donc presque toujours.

M. Debove rapporte deux observations de *kystes hydatiques du foie ponctionnés puis lavés avec la liqueur de Van Swieten*. Dans le 1er cas, il s'agit d'une femme ; le kyste est peu volumineux. On lui enlève par ponction capillaire 500 gr. de liquide et on lave sa poche, en trois fois, avec 700 gr. de liquide de Van Swieten qu'on laisse séjourner chaque fois quelques instants dans la poche. 15 jours après nouvelle ponction qui ne donne issue qu'à du sang et à des débris d'hydatides. Puis guérison complète. Chez le second malade on fit, en un peu plus d'un mois, trois ponctions de 5 à 700 gr.; après la dernière, lavage de la poche avec une solution de sulfate de cuivre à 5 0/0. Il y eut deux jours après un érysipèle grave. Le malade guérit radicalement.

M. Debove recommande surtout l'emploi du sublimé et voici les règles qu'il pose : évacuer *tout* le liquide contenu dans le kyste par l'aspiration, injecter 100 gr. de liqueur de Van Swieten, si la poche est de dimension moyenne, laisser dix minutes puis le retirer. Il pense que les ponctions exploratrices sont dangereuses. On peut avoir ainsi des morts rapides par pénétration du liquide dans le péritoine. M. Siredey et M. Cadet de Gassicourt sont du même avis.

M. Gérin-Rose fait quelques réserves. Il pense aussi que souvent les kystes guérissent après une seule ponction simple et en rapporte un fait ; M. Troisier également.

M. Chauffard a expérimenté avec M. E. Dupré sur plusieurs vieilles femmes calculeuses, ayant eu nombre de coliques hépatiques, le traitement préconisé par le Dr *Just Touatre* de la Nouvelle-Orléans, et qui consiste à faire absorber par les malades en deux fois, à un quart d'heure de distance, 400 gr. *d'huile d'olives pure*, puis à se coucher sur le côté droit (1). D'après cet auteur, 10 heures après le malade rendrait les calculs. Or on obtient bien ainsi une grande amélioration dans l'état des malades et l'évacuation, après 7 à 8 heures, de nombreuses concrétions verdâtres, du volume d'une tête d'épingle à celui d'une noix. Mais ces masses, étudiées par M. Villejean, ne sont formées que de graisses neutres et d'acides gras libres avec très peu de cholestérine.

D'ailleurs un calcul de cholestérine ne se dissout pas dans l'huile d'olive ; d'autre part, expérimentalement sur les animaux, après absorption d'une grande quantité d'huile, on n'en retrouve pas traces dans les voies biliaires et sur le cadavre une injection forcée dans le duodenum, fermé aux deux bouts, ne fait pas pénétrer la moindre quantité d'huile dans le canal cholédoque. Les malades supportent en général bien ce traitement ils ont à peine quelques nausées en vomiturations ; l'huile produit également une purgation moyenne.

Sur une question de M. Renault, M. Chauffard ajoute que deux cas lui permettent de penser que le traitement agit même dans les ictères chroniques, quoique les matières grasses ne soient pas digérées du tout. L. Capitan.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 17 octobre 1888. — Présidence de M. Polaillon.

M. Tillaux dépose sur le bureau l'observation de *tétanos*, dont il a parlé dans la dernière séance.

M. Berger rapporte une observation de *taille hypogastrique pour calculs vésicaux multiples*, logés en partie dans des cellules vésicales et constitués par des noyaux de cholestérine et d'oxalate de chaux recouverts d'urates et de phosphates ammoniaco-magnésiens. M. Berger emploie le ballon de Petersen et en recommande vivement l'usage.

M. Verneuil fait une longue communication sur *l'amputation du col de l'utérus pour le cancer de cet organe*. On a proposé deux opérations chirurgicales pour guérir le cancer du col de l'utérus ou tout au moins prolonger la vie : L'hystérectomie totale qui donne une mortalité énorme, et l'hystérectomie partielle. Jusqu'en 1884, on a condamné toute extirpation totale ; mais, aujourd'hui, la plupart des chirurgiens admettent cette opération. L'hystérectomie partielle, depuis 1884, n'est guère acceptée que par de vieux chirurgiens ; encore, à la Société de Chirurgie, en est-on peu partisan. Depuis 30 ans, M. Verneuil a fait 20 amputations partielles du col dans des cas de cancer assez bien délimité, à l'aide de l'écraseur linéaire par le procédé des hémisections. Il en a décrit le manuel opératoire dans un article des *Archives de médecine*.

Depuis ce mémoire, il a opéré 5 nouvelles malades. Dans la 1re série, la durée moyenne de la survie avait été de 29 mois, dans la seconde elle est de [illegible] ; il explique les causes de cette différence. Des opérées qui ont survécu, il y en a eu 13 chez qui il y a eu

(1) Voir *Progrès médical*, 1888, p. 453, nº 23, 9 juin.

récidive: 5 locales, 1 à distance. 1 locale et à distance, etc. Pour M. Verneuil, l'ablation totale de l'utérus n'empêche pas la répullulation à distance, laquelle est aussi grave que la récidive locale. et, d'autre part l'ablation partielle est bien plus bénigne. L'hystérectomie totale ne serait admissible que comme procédé de cure absolument radicale; puisqu'elle ne peut l'être la plupart du temps, il vaut donc mieux recourir généralement à l'amputation partielle, le néoplasme étant limité, car c'est l'*actum minoris periculi*. La cause de l'insuccès est anatomique; elle réside moins dans l'état de l'utérus que dans celui des ganglions. La clef de la question n'est pas dans l'utérus, mais dans l'état des tissus périutérins. L'hystérectomie totale est cependant admissible quand le néoplasme a débuté par la muqueuse du col et s'est développé en montant verticalement vers la muqueuse du corps.— Les accidents que M. Verneuil a notés dans ces 26 cas d'hystérectomie partielle sont: 1 cas de mort (conditions spéciales) dans 4 cas d'ablation du col pour affections non cancéreuses; 2 cas de mort, 1 cas de septicémie vaginale et 2 cas de péritonite pelvienne avec guérison, sur 22 opérations faites pour des néoplasmes malins; jamais il n'y a eu d'hémorrhagie, d'ouverture de la vessie, etc. Depuis l'application des méthodes antiseptiques, on peut dire qu'il n'y a pas eu d'accidents; cette opération est donc bénigne.

M. Verneuil a fait faire dans son service par de jeunes chirurgiens expérimentés trois hystérectomies vaginales. Les résultats n'ont pas été favorables : un cas de mort par hémorrhagie secondaire; deux récidives au bout de quelques mois. Aussi rejette-t-il cette opération. — M. Verneuil termine sa communication en insistant sur la difficulté du diagnostic du cancer du col de l'utérus et de certaines métrites cervicales avec hypertrophie du col. Les erreurs sont nombreuses et parfois fort difficiles à éviter. L'examen histologique seul peut fournir des indications certaines. En somme, pour lui, l'amputation partielle est très facile, très bénigne, surtout grâce à l'emploi des procédés non sanglants (thermo-cautère). Pratiquée dans les cas d'hyperplasie du col, histologiquement bénigne, elle est toujours suivie de succès; dans les cas de néoplasie maligne, elle assure, sinon la guérison, du moins une survie certaine. Il ne vient pas combattre ici l'hystérectomie totale; mais il tient à faire remarquer que le parallèle est en faveur de l'hystérectomie partielle.

M. Després.— Toutes les opérations faites pour des cancers de l'utérus sont des opérations inutiles, car souvent on observe des survies aussi longues chez des malades non opérées que chez des personnes ayant subi une opération quelconque sur l'utérus. Ne sait-on pas que, chez les jeunes femmes, le cancer de l'utérus a une marche très rapide, que la mort survient en un an; que, chez les adultes, elle est plus lente, et qu'enfin, dans la vieillesse, vers 65 ans, elle est très lente. Un cancer de l'utérus peut durer 3 ans, 4 ans, même. On ne peut donc pas dire que l'opération est utile si, pour le cancer de l'utérus, elle donne des survies de 2 ans à 2 ans 1/2 seulement. D'autre part, quand la survie est plus longue, c'est qu'il y a eu erreur de diagnostic. Un moyen de diagnostic sérieux, c'est la cautérisation; si une maladie du col utérin est exagérée par une cautérisation, il s'agit de cancer. Cautérisez-donc, quand vous êtes en face d'un cas douteux. S'il y a du mieux, c'est que vous n'avez pas affaire à un néoplasme malin. M. Després ne croit pas à l'utilité d'un diagnostique histologique.

M. Verneuil répond à M. Després et réfute ses arguments.

M. Pozzi lit un rapport sur trois observations envoyées à la Société par M. Galvani (d'Athènes): 1° *Blessure de la tête par coup contendant datant de 4 ans, accidents épileptiformes.* On fit la trépanation, le malade guérit rapidement. Cependant, le jour de l'opération, aura ébauchée et attaque manquée; le 6e jour après l'opération, accès épileptique type; mais depuis cette époque, rien de nouveau. M. Pozzi fait remarquer qu'on n'a pas suivi le malade assez longtemps. — 2° *Suppression du drainage et réunion immédiate d'emblée.* Dans ces cas, M. Galvani fait des sutures étagées, les superficielles à la soie, qu'il enlève au 6e jour. Il insiste sur la nécessité d'une asepsie parfaite et d'un exact affrontement des lambeaux. On a ainsi des cicatrices très régulières. M. Pozzi pense qu'il vaut mieux placer un drain au moins pendant 24 heures, car on n'est jamais absolument sûr de son antisepsie. — 3° *Contribution au perfectionnement de la taille hypogastrique.* En 17 mois, il a fait 7 fois cette opération. Il emploie le ballon de Petersen qu'il remplit à 160 gr. seulement. Il ne fait pas la ligature de la verge, se contente d'une incision hypogastrique petite, d'un seul tube siphon qu'il suture à la peau, recommande la position demi-assise à l'opéré et fait des lavages de la vessie par un procédé spécial.

M. Tachard lit un travail sur les *coups de feu de l'oreille.*

M. Picqué lit une observation d'*opération de Sænger* (rétroversion utérine traitée par la ventro-fixation) ou *hystérorrhaphie.* Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 10 octobre 1888. — Présidence de M. Créquy.

M. Dujardin Beaumetz a déjà entretenu à plusieurs reprises la Société des propriétés de la *Paraphénacétine*: mais aujourd'hui, il demande à revenir sur cette question pour bien préciser quelques termes de la médication analgésiante. Il proteste d'abord contre l'emploi qu'a fait un fabricant allemand de ses recherches. Cet industriel s'est emparé de ses expériences de façon à faire croire qu'il recommandait spécialement le produit pour lequel il a pris un brevet. Jamais l'auteur n'a entendu recommander ce produit étranger; bien avant la prise du brevet on fabriquait de la paraphénacétine et on en fabriquera encore en France, malgré ce monopole inadmissible. La paraphénacétine ne provoque pas la cyanose et les éruptions de l'antipyrine et de l'acétanilide. On peut en donner 2 ou 3 grammes sans redouter d'intoxication, ce qui tient peut-être à son insolubilité. L'antipyrine doit être administrée surtout contre les migraines à forme congestive, l'acétanilide contre les névrites, les douleurs fulgurantes de l'ataxie locomotrice, la paraphénacétine contre les douleurs névralgiques, vagues, moins localisées. Dans le rhumatisme, le salicylate de soude est toujours le meilleur médicament à employer; les trois prédédents sont toutefois aussi mauvais antithermiques qu'ils sont excellents analgésiques.

M. Hénocque a constaté l'action fâcheuse de l'acétanilide et de l'antipyrine sur l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine; il n'a encore pas expérimenté sur la phénacétine.

M. Wurtz ne pense pas que la différence de toxicité entre l'acétanilide et la paraphénacétine sont attribuable à leur degré de solubilité différend, car l'acétanilide est encore moins soluble que la paraphénacétine.

M. Créquy a retiré d'excellents résultats de l'emploi du *lait d'ânesse* dans un cas de diarrhée incoercible consécutive à une fièvre typhoïde. Gilles de la Tourette.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 25 juillet 1888. — Présidence de M. le Dr Perrin.

M. le Dr Manguenot lit un résumé sur la *revaccination des écoles primaires publiques du XIIIe arrondissement.*

M. le Dr Duchesne doute qu'on puisse obtenir la revaccination obligatoire dans les écoles.

M. le Dr Ollive fait une communication sur une *épidémie de pneumonie observée à Nantes.* Tous les malades travaillaient chez un marchand d'engrais dont les chantiers contenaient des phosphates, du noir, et surtout des scories provenant des fours où s'accomplit la déphosphoration de l'acier. La manipulation de ces scories constitue le plus important travail de l'usine. Ces scories doivent être réduites en poussière. Elles sont à cet effet projetées sous des meules en fonte qui, par leur rotation, les pulvérisent. La poussière est ensuite portée dans des blutoirs, et, de là, mise dans des sacs. Cette poussière est très riche en phosphate de chaux, de fer, de manganèse, et contient aussi du fer et de la chaux vive. L'air de l'usine est saturé de poussière, et c'est cette poussière qui a été incriminée par les malades. Ces pneumonies étaient toutes graves, et la plupart se sont terminées par la mort : 11 décès sur 15. Les crachats, analysés, ont montré qu'ils contenaient du fer métallique et surtout du fer oxydé, et de la chaux sous la forme de carbonate et de phosphate. En Angleterre, ces usines font prendre des précautions aux ouvriers :

ceux-ci, pour éviter tout danger, portent devant la bouche et le nez des éponges qui sont nettoyées toutes les heures. A la même époque sévissait en Angleterre dans une usine de déphosphatation une épidémie de pneumonie. M. le Dr Ollive termine sa communication en disant qu'il n'a voulu qu'exposer des faits sans chercher à établir la relation qu'il pourrait y avoir entre les maladies et le travail auquel se livraient les ouvriers de l'usine.

M. Napias, secrétaire général croit qu'il s'agit d'une maladie épidémique indépendante des poussières, mais qui aurait été singulièrement favorisée par l'absorption de ces poussières.

M. Livache. — En Lorraine, on a observé de semblables épidémies dans les usines qui employaient le procédé des scories par broiement.

M. le Dr Netter. — Il s'agit là d'une maladie générale due à un agent pathogène toujours le même, le pneumocoque. Mais il est possible qu'il y ait en plus une cause occasionnelle, cause irritante, la poussière. Un grand nombre de personnes possèdent en effet normalement, dans la salive, le pneumocoque. Que différentes conditions surviennent, et le pneumocoque agit.

M. le Dr Ollive croit qu'il y a eu effraction par les poussières, d'où facilité de passage du pneumocoque.

M. Napias fait, au nom de M. Hudelo et au sien, une communication sur l'*insalubrité des cuisines des restaurants de Paris*. Les auteurs insistent sur la chaleur excessive provenant des appareils de cuisson des aliments, augmentée par la présence de becs de gaz toujours allumés le soir et souvent dans la journée et sur l'insuffisance des dimensions. Ils montrent que la ventilation est insuffisante dans un grand nombre de cuisines. Cette situation est d'autant plus fâcheuse que le séjour des ouvriers est continu dans cette atmosphère pendant 14 ou 15 heures. La situation de certaines cuisines est en contre-bas de l'égout de la rue : les eaux doivent nécessairement y être conservées un certain temps dans des puisards, d'où on les extrait ensuite à l'aide de pompes. La cuisine est encore exceptionnellement infectée par la proximité de cabinets d'aisances ou d'urinoirs. La mortalité chez les cuisiniers, ainsi exposés, est très grande.

M. le Dr Toledano demande que la commission des logements insalubres, qui vient de s'occuper des cuisines des restaurants de Paris, soit aussi saisie de la question des loges de concierge, qui sont dans les mêmes conditions d'insalubrité.

A. Martha.

1er CONGRÈS TRIENNAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS AMÉRICAINS

Congrès de Washington (18, 19 et 20 septembre 1888).

La présidence du Congrès a été donnée à M. le Dr John S. Billings, médecin de l'armée. Le discours de bienvenue a été lu par le Dr Samuel C. Busey, de Washington, qui a expliqué la fondation de ce Congrès, a remercié le gouvernement de l'appui qu'il a prêté aux médecins et aux chirurgiens en cette occasion et exposé les statuts du Congrès.

M. le Dr Fitz lit un travail sur l'*obstruction intestinale aiguë dans ses rapports avec la médecine et la chirurgie.*

M. le Dr Nicholas Senn (de Milwaukee). — *Traitement chirurgical de l'obstruction intestinale.* C'est la contre-partie de la précédente communication dont l'auteur expose le traitement médical de l'obstruction. Le Dr Senn considère qu'on doit traiter l'obstruction intestinale comme une hernie étranglée le plus tôt possible. Il recommande donc les opérations suivantes : 1° Lavage de l'estomac au moyen d'une solution antiseptique ; 2° Distension du rectum, au moyen de gaz hydrogène, si l'obstruction porte sur le côlon ; 3° Exploration manuelle par le rectum si elle siège au-dessus de la portion sigmoïde ; 4° Taxis et massage de l'intestin, seulement dans les cas d'obstruction pariétale ; 5° Entérotomie, qui ne doit être utilisée que si le malade ne peut supporter la laparotomie ; 6° Colotomie lombaire ; la gastro-entérostomie peut être utilisée dans les cas de cancer. — Une discussion s'ouvre sur la plus ou moins grande opportunité du traitement chirurgical.

M. le Dr Roswell Park. — *Localisations cérébrales au point de vue chirurgical.* L'auteur expose les points extérieurs du crâne correspondants à la scissure de Rolando et aux circonvolutions voisines, les endroits où peut se faire la trépanation et les dangers de cette opération (hémorrhagie des sinus et introduction d'air dans leur intérieur). Dans les abcès du cerveau, l'auteur estime qu'il est possible, après l'incision de la dure-mère, de faire une ponction cérébrale et qu'on peut arrêter facilement les hémorrhagies des vaisseaux de la pie-mère. Dans le cas d'abcès du cerveau consécutif à une affection de l'oreille moyenne, la trépanation doit se faire en haut et en arrière de l'oreille. Mac Ewen conseille une contre-ouverture au niveau de l'abcès. Le diagnostic des tumeurs cérébrales étant le plus souvent fort difficile, il n'est pas toujours possible de les opérer.

M. le Dr Park indique les règles à suivre pour l'opération des tumeurs intra-crâniennes au moyen de la trépanation ; il ne craint pas d'enfoncer une aiguille exploratrice dans la substance cérébrale. L'incision de celle-ci, si on découvre la tumeur, doit être faite perpendiculairement à la substance corticale afin d'éviter les hémorrhagies et les fibres conductrices. La perte de substance se comble rapidement ; il faut éviter les hernies de substance cérébrale à travers l'orifice crânien, ce qui arrive si on enlève une surface moindre du cerveau que de l'os. L'auteur recommande le drainage. Les dangers de l'opération dans les hémorrhagies, et l'œdème de la substance cérébrale. Le Dr Park rapporte 63 cas, dont 17 se sont terminés par la mort, parmi ceux-ci 5 seulement doivent être imputés à l'opération.

M. le Dr Charles K. Mills (de Philadelphie). — *Localisations cérébrales au point de vue de la pratique.* Dernièrement on a utilisé la trépanation comme traitement de la folie, et dans des cas d'hallucination de l'ouïe et de la vue (Benett, Gould, Mac Ewen). La connaissance des localisations est utile pour le traitement des tumeurs cérébrales, des fractures du crâne, quand les troubles sont plus graves que ne pourrait le faire croire la lésion visible, et enfin pour le diagnostic des hémorrhagies. L'auteur expose les différentes zônes motrices, sensitives et réflexes. Il a opéré 5 cas d'épilepsie d'*apparence réflexe* qui ont guéri ; chez deux il a trouvé des esquilles osseuses dans la dure-mère ; chez un, une vieille lésion inflammatoire des méninges et de la substance corticale d'origine traumatique, et chez deux, des cicatrices du cuir chevelu. Il est donc bien difficile de savoir à quelle forme d'épilepsie on a affaire. D'autre part l'épilepsie Jacksonienne peut être due à un trouble réflexe. L'auteur en a vu un cas dont la cause était un névrome de la main. Les centres sensitifs ne doivent pas être confondus avec les centres moteurs, leurs sièges ne sont pas confondus ; pour l'auteur, les centres du toucher, de la douleur, du sens musculaire, etc., touchent de près les centres moteurs, et il les place au niveau du gyrus fornicatus, de l'hippocampe, du precuneus et de la région pariétale postérieure. Lorsque ces localisations seront bien établies, le chirurgien pourra opérer en toute sûreté.

M. le Dr Allen Starr (de New-York). — *Localisations cérébrales et aphasie.*

a. — *Section de médecine.*

1er *jour.* — 18 septembre.

Discours du président, M. le Dr Draper (de New-York), sur : *Quelques réflexions sur les relations entre la médecine scientifique et pratique.*

M. le Dr W. W. Johnston (de Washington). — *Distribution géographique de la fièvre typhoïde aux États-Unis.* Il nous apprend que la typho-malaria se rencontre fréquemment dans ce pays et que le type pur de la fièvre typhoïde est très-rare.

M. le Dr Samuel H. Hutchinson (de Philadelphie). — *De la conduite à tenir pendant la convalescence de la fièvre typhoïde.* L'auteur continue l'usage du lait avec un peu de pain pendant deux semaines, moment où seulement il donne de la viande. L'alcool, le fer, l'acide chlorhydrique sont utilement administrés pendant la convalence. Il recommande de donner de l'air le plus possible aux malades.

M. le Dr Peabody ne croit pas au danger de nourrir trop vite les malades, ni aux ulcérations de l'intestin, comme cause de diarrhée. M. le Dr Ord n'est pas aussi rigoureux que le Dr Hut-

chinson; il cite le cas d'un malade que l'on nourrit pendant que la fièvre existait encore et qu'il délirait et qui a guéri parfaitement sans rechutes.

M. le Dr George Ross (de Montréal). — *Quelques formes de paralysies consécutives à la fièvre typhoïde.* Ces troubles sont en général en rapport avec la gravité de la maladie; ils peuvent être généralisés, ou localisés à des faisceaux nerveux ou à une portion de la moelle. Ces paralysies sont à la fois motrices et sensitives. Par ordre de fréquence, on trouve : la paralysie des parties innervées par un nerf (cubital, péronier), la paraplégie surtout des membres inférieurs, la paralysie d'un membre ou de deux membres croisés, une simple altération de la sensibilité. L'auteur rapporte un cas de paralysie de tous les membres et du voile du palais.

M. le Dr Minot émet l'opinion que la convalescence des fièvres graves favorise l'entrée des germes étrangers comme cause des accidents, à moins que ceux-ci ne soient dus aux germes de la maladie primitive.

M. le Dr Frederick Forcheimer (de Cincinnati). — *Cœur gras.*

M. le Dr Samer C. Wilson (de Philadelphie). — *Thérapeutique. De la cause des maladies infectieuses.* L'auteur a constaté des améliorations à la suite d'injections de calomel dans 5 cas de fièvre typhoïde et dans 3 de tuberculose pulmonaire.

M. le Dr Sternberg dit avoir retiré de grands avantages de l'administration du bicarbonate de soude dans la *fièvre jaune*, afin de diminuer l'acidité de l'estomac; ce médicament empêche sans doute la production dans l'intestin, des ptomaïnes, qui empoisonnent le malade. M. le D Peabody a employé sans résultat la naphthaline dans la fièvre typhoïde. M. le Dr Jacobi vante l'usage du bichlorure dans la diphthérie.

M. le Dr Frank Donaldson. *Signification du murmure présystolique au point de vue diagnostique.*

2e *jour.* — 19 septembre.

M. le Dr Robert T. Edes (de Washington).— *Valeur absolue et relative de l'albumine, des tubes et des substances extractives dans le diagnostic et le pronostic des maladies du rein.* L'urée peut exister en grande quantité dans l'urine d'un individu dont le rein est malade; la quantité de cette substance dépend de la nutrition.— M. le Dr Janeway recommande d'examiner l'urine de la nuit et du jour, certaines albuminuries n'existant que pendant la période diurne; par fois il est difficile d'examiner les albuminuries transitoires. On ne peut inférer de la présence d'un tube hyalin dans l'urine qu'il y a lésion rénale; il faut répéter les examens. La quantité d'albumine est très variable; l'âge n'influe par sur elle.

M. le Dr James Tyson (de Philadelphie). — *L'albuminurie et les assurances sur la vie.*

M. le Dr A. L. Loomis (de New-York). — *Lésions cardiaques dans le mal de Bright* (1). Le plus souvent cette dernière affection s'accompagne de dégénérescence des parois cardiaques avec dilatation des cavités. D'après les résultats fournis par 40 autopsies, l'auteur résume les faits comme il suit: Le plus souvent on trouve l'oblitération des artérioles rénales, avec hypertrophie cardiaque énorme. Au moment où la compensation cardiaque se fait mal pour résister à la tension artérielle, le cœur faiblit et ses parois subissent la dégénérescence, on trouve de l'endocardite chronique. Dans les cas de lésion mitrale ancienne et latente consécutive au rhumatisme, si un mal de Bright survient, l'insuffisance cardiaque se manifeste immédiatement. (Le mal de Bright ne développe pas de lésions valvulaires). Sur 164 cas, l'auteur en a rencontré 43 où l'affection rénale etait secondaire à une lésion valvulaire.

Pour le Dr Peabody, dans 30 % de cas de mal de Bright, il n'y a pas d'hypertrophie cardiaque.

M. le Dr Samuel C. Chew (de Baltimore).— *Relations entre la néphrite chronique interstitielle et l'angine de poitrine.*

M. le Dr Da Costa (de Philadelphie). — *Traitement des affections valvulaires du cœur.* On n'obtient aucun résultat en essayant de traiter les affections valvulaires après la période fébrile du rhumatisme. Il en est de même pour les lésions athéromateuses. Par contre on a des moyens d'action dans les affections valvulaires fonctionnelles au moyen de la nitroglycérine.

M. le Dr G. Baumgarten (de St-Louis). — *Troubles du rhythme cardiaque, considérations sur leur cause et leur valeur diagnostique.*

3e *jour.* — 20 septembre.

M. le Dr Edward C. Seguin (de New-York). — *Rapports entre les lésions trophiques et les maladies du système nerveux.* (*A suivre.*) A. Raoult.

(1) Nous rappelons à nos lecteurs que le Dr Loomis a traduit en anglais les Leçons de M. Charcot sur les maladies des vieillards.

61e CONGRÈS DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS.

Session de Bonn (1888) (suite) (1).

Section d'anatomie pathologique et de pathologie générale. Seconde séance. — Présidence de M. Virchow.

M. Ribbert (de Bonn). — *De la manière dont se comportent les Mucédinées dans l'organisme.* — C'est la chambre antérieure de l'œil qui se plie le mieux à l'étude de ces phénomènes; on en doit distinguer de deux ordres. Ceux qui succèdent à une première inoculation ceux qui témoignent d'une seconde infection. La première inoculation détermine un hypopyon manifeste tandis qu'une nouvelle infection se borne à la formation des petits nodus circonscrits; ceux des leucocytes qui remontent à la première inflammation détruisent les germes introduits, s'opposent à la formation de spores et, par suite, aux progrès de la maladie. Il semble qu'on ait produit une sorte de vaccination préservatrice.

M. Posner (de Berlin). — *La cornification des muqueuses.* Les muqueuses d'épithélium cylindrique, et leurs dépendances, peuvent subir une vraie cornification; il s'y forme alors une couche granuleuse (Unna), composée de plusieurs séries de cellules à substance hyalino-kératique, qui à raison du développement des papilles, de la production de cellules affectant la forme d'aiguilles et de récifs, revêt complètement le caractère de l'épiderme. C'est sur la muqueuse du vagin dans des cas de prolapsus que cette cornification se montre la plus parfaite.

M. Marchand cite à ce propos une observation dans laquelle, à la suite de taille, la muqueuse de la vulve, des uretères et des bassinets, bourgeonna sous la forme de couche cornée; il se développa même une tumeur vésicale composée de cellules cornées.

M. de Zenker (d'Erlangen).— *Contribution à l'étiologie du carcinome.* La publication de Scheurlen est hâtive et maladroite; il est bien improbable qu'il existe un virus animé du cancer.

M. Lubarsch (de Berlin).— De la valeur de la *bactériophagie du leucocyte.* A la théorie de Metschnikow, Baumgarten avait opposé que les globules blancs absorbent les bacilles morts et non vivants, ce qui change la question de point. Si, dit M. Lubarsch, on pratique simultanément dans un organisme vivant une injection des bacilles du sang de rate vivant et de bacilles du sang de rate morts, on voit les globules blancs mieux absorber les premiers que les derniers; les formes dégénératrices de ces animalcules se voient plus nombreuses à l'intérieur qu'à l'extérieur des leucocytes.

L'ordre du jour étant épuisé, la section est déclarée close pour cette année. (*A suivre.*) P. Kéraval.

(1) Voir *Progrès médical*, nº 40 et 41.

NUMÉRO DES ETUDIANTS. — Nous prions instamment tous nos lecteurs et toutes les personnes intéressées de bien vouloir nous adresser les renseignements qui les concernent avant le *30 Octobre.*

VARIA

La deuxième maladie de Frédéric le noble ; par le Dr M[illegible] MACKENZIE, quatrième édition — Lib. Paul Ollendorff. Paris, 1888.

Nous autres médecins nous sommes étonnés de voir un livre qui, dès la première heure de son apparition, est déjà à sa quatrième édition, mais il paraît que les livres de littérature sont quelquefois à leur vingtième édition, le matin même de leur mise en vente. Nous supposons que c'est un exemplaire du quatrième mille que nous avons entre les mains. L'auteur et l'éditeur pensent donc être assurés d'un réel succès ?

Nous ne cacherons pas notre surprise en disant que nous n'attendions rien de nouveau dans la réponse de Mackenzie. En effet elle ne nous a rien appris, si ce n'est quelques petits détails ayant trait aux *excellents rapports* qui n'ont cessé d'exister entre médecins anglais et allemands ! C'est Mackenzie qui est la cause de la mort de Frédéric III, disait le pamphlet allemand ; cette fois c'est le médecin anglais qui essaie de démontrer que ses bons confrères allemands ont déterminé l'affection maligne et ont abrégé la vie de leur auguste souverain. Désillusion pour ceux qui croyaient que Mackenzie s'appuyait sur des raisons à eux inconnues, pour prouver l'existence d'une affection bénigne ; — désillusion encore plus grande pour les naïfs, qui s'attendaient à des révélations compromettantes pour des confrères jaloux.

Dans un précédent travail que nous avons publié lors de l'apparition du rapport des médecins allemands, nous avons raconté en entier l'histoire de la maladie de Frédéric III. Nous n'avons rien à ajouter, si ce n'est l'histoire de la fausse route de la canule, histoire qu'on lira plus loin et que viennent de démentir Virchow et Waldeyer ; en effet, ceux-ci disent qu'aucune trace de cet abcès n'a été constatée à l'autopsie. C'est tout ce que nous avons pu relever d'intéressant au point de vue médical.

Si nous nous étendons un peu longuement sur ce rapport, c'est que nous tenons à mettre sous les yeux de nos lecteurs toutes les pièces de ce curieux procès entre médecins, en regrettant que Molière ne soit plus là pour les mettre d'accord.

PREMIÈRE PARTIE. — HISTORIQUE DE LA MALADIE

Dans le premier chapitre Mackenzie, rend compte de sa première visite à Berlin. Il raconte que les médecins qui avaient été appelés auprès du Kronprintz, étaient : « Von Lauer, médecin ordinaire de l'Empereur, Wagner et Schrader, médecins militaires, Gerhardt, qui au milieu de ses travaux dans d'autres branches de la médecine, avait eu le temps de s'occuper des maladies de la gorge, Bergmann qui avait une certaine réputation comme chirurgien, mais qui n'était connu, en fait de laryngologie, que comme opérateur assez malheureux dans quelques cas d'ablation du larynx, enfin Toblod, un des plus anciens médecins des maladies du larynx en Allemagne, mais qui avait été presque complètement distancé par les progrès de cette science spéciale et n'était plus connu de la génération actuelle des médecins, que comme *nominis umbra* » Mackenzie dit qu'au laryngoscope, la tumeur située au niveau du *processus vocalis* gauche, avait le volume d'un pois cassé, une coloration rose pale et une surface légèrement rugueuse. Autour de la grosseur, la corde vocale était rouge. Le Kronprinz, en dehors de la perte de la voix ne souffrait nullement de la gorge. Mackenzie ne put voir dans cette tumeur une affection cancéreuse. Il voulut donc en enlever un fragment pour le soumettre à l'examen de Virchow, qui déclara que c'était une pachydermie laryngée (1). Sur le refus de Gerhardt, qui ne pouvait opérer avec la pince, de Tobold qui n'opérait plus, Mackenzie, dut pratiquer l'opération, et dès la deuxième tentative, il retira un fragment de la tumeur. L'intervention de Mackenzie empêcha donc la thyrotomie.

Le 23 mai, nouvel essai d'introduction de la pince, mais cette fois la tentative ne fut pas suivie de succès, car Mackenzie ne voulut pas insister par suite de la congestion de la corde vocale droite. C'est à la suite de cet essai que Gerhardt rapporta que son confrère anglais avait lésé la corde vocale droite, chose que nie Mackenzie, vu l'impossibilité de couper avec sa pince une surface unie comme celle d'un larynx sain. Au reste, Mackenzie n'a jamais eu pareil accident, dans les 400 cas où il a été appelé à opérer. Ce chapitre se termine par les réflexions suivantes : « Je répète que je n'ai donné aucune opinion, ni pour ni contre, sur la nature de la maladie. Je n'ai pas dit que ce n'était pas un cancer ; j'ai seulement dit que le cancer n'était pas prouvé ; et à défaut de preuves positives, j'ai refusé de sanctionner les opérations chirurgicales qui, pour le moment, ressemblaient à des expériences d'essai.... » Il faut ajouter que si Mackenzie, s'en rapportait seulement au titre de la communication de Virchow, au sujet de la nature de la tumeur, il avait raison, Virchow n'a pas prononcé le mot de cancer.

Dans le chapitre II, Mackenzie fait le récit de son opération du 8 juin (voir *Progrès médical, loc. cit.*), et ajoute que les médecins allemands avaient donné leur sanction au traitement proposé par leur confrère anglais, car « si, malgré le rapport du professeur Virchow, Gerhardt et Bergmann, croyaient encore à une affection cancéreuse, leur devoir impérieux, était de refuser ouvertement, d'accepter les décisions qui étaient prises au sujet du traitement. Ils ont, au contraire, accepté cette décision, *in foro externo* tout au moins, et ont, par cela même, accepté avec moi la solidarité de la responsabilité. » Ce chapitre, se termine par un alinéa sur la production artificielle du cancer. En résumé, pour Mackenzie, la cause déterminante de l'apparition du cancer est, dans beaucoup de cas une lésion, ou un état résultant d'une blessure, comme l'application persistante sur un point particulier, de quelque chose qui entretient le tissu dans un état d'inflammation ou d'excitation. Or Gerhardt a brûlé, pendant seize jours consécutifs, le larynx du Prince avec un fil de platine rougi et de plus, il a repassé les bords des cordes vocales avec un cautère plat, quand au contraire, il aurait dû éviter toute cause d'irritation locale chez un malade, dont la tante et le cousin avaient eu des tumeurs analogues.

Le chapitre III est consacré au séjour du Prince en Angleterre. Mackenzie confirme le récit des journaux anglais tel que nous l'avons rapporté. Si les notes de Landgraf sont en complet désaccord avec les observations publiées par le médecin traitant c'est que Landgraf n'avait jamais fait de laryngoscopie et Son Altesse Impériale n'a pas manqué de le faire remarquer à Mackenzie. C'est pendant son séjour à l'île de Wight que les médecins crurent reconnaître une inflammation dans le périchondre. C'est alors que Mackenzie fit observer à la princesse que la maladie pouvait peut-être donner naissance à un cancer, mais que rien ne justifiait ce développement défavorable.

Dans le chapitre suivant, l'on suit le malade à Toblach, à Venise et à Baveno, où l'on put juger qu'une inflammation périchondraale avait eu lieu vers l'apophyse antérieure du cartilage aryténoïde gauche.

Les chapitres V, VI et VII nous font connaître la marche de l'affection pendant le séjour du prince à San Remo. A une question du Kronprinz, Mackenzie répond que la tumeur a bien l'apparence d'un cancer, quoi qu'il soit impossible d'avoir une certitude. Krause et Schrötter arrivent ; le premier opine pour un néoplasme malin et le second pour un cancer et recommande d'exciser tout le larynx. Le lendemain, le Dr Schmidt étant présent, von Schrötter change d'opinion et s'oppose à toute opération externe, à l'exception de la trachéotomie, quant à Schmidt il met en avant l'idée que la maladie pouvait être le résultat d'une affection ancienne et conseille de donner de larges doses d'iodure de potassium, ce qui fut fait. Von Schrötter fut chargé de communiquer le diagnostic au prince, en présence de la princesse et de tous les médecins ! Après avoir lu un mémoire relatif aux opérations sur le larynx, le Kronprinz s'opposa à l'ablation.

Arrive Bramann qui veut à son tour essayer de se servir du laryngoscope et découvre que la tumeur s'étend au-dessus du cartilage thyroïde ! Pendant ce temps Moritz Schmidt fait une conférence à Francfort et déclare que Son Altesse Impériale souffre d'une maladie d'origine contagieuse.

On connaît le récit de la trachéotomie. Mackenzie ayant dit à Hovell que l'incision avait été faite un peu à droite, celui-ci répondit : inconsidérément. Bramann employa une canule très large et très longue qui détermina une blessure de la paroi postérieure de la trachée. L'hémorrhagie qui suivit donna à penser à Bergmann qu'un cancer s'était développé dans les

(1) Voir *Progrès med.* — La maladie de l'empereur Frédéric III

poumons. On dût bientôt avoir recours à la canule de Durham qu'on remplaça ensuite par un tube assez court. C'est à ce moment que Waldeyer reconnaît l'existence du cancer, à l'examen microscopique.

Dans le courant de ce chapitre, Mackenzie raconte la série de conseils venus du dehors : traitement par des compresses de vers vivants dans un sac de mousseline, eaux minérales, acide carbolique et injection locale, eaux miraculeuses, séjour prolongé au pied du lit du malade d'une lampe à l'huile dans laquelle on avait placé de l'eau et du sel et en même temps application sur l'estomac d'un morceau de flanelle! Et Mackenzie rapporte aussi qu'un Français se donna la peine inutile de faire le voyage depuis Paris pour apporter une canule. (Est-ce celle qui fut présentée à l'Académie ?). C'est encore dans cette partie de son livre que Mackenzie donne le résultat des mensurations de Hovell pour se rendre compte de la place de l'incision. Il put ainsi reconnaître qu'elle était à 3 millimètres à droite de la ligne médiane.

Au chapitre VIII, le Kronprinz devenu Empereur est à Charlottenbourg. La trachée tombe en morceaux, on fait usage d'un tube Durham légèrement recourbé pour éviter de toucher la paroi droite de la trachée. Mackenzie discute avec Krause et Hovell pour savoir si l'on doit tenter une nouvelle opération, mais ils furent d'accord pour abandonner toute opération chirurgicale sérieuse.

Le 12 avril, Mackenzie prie Bergmann de venir essayer un nouveau tube, aussitôt que possible. Ce dernier n'arrive qu'à 5 heures du soir. Au dire de Mackenzie. il était dans un état de violente excitation et, malgré plusieurs tentatives, il ne put introduire le tube qu'il *enfonça dans le trou, au devant de la trachée*. Ce fut Bramann qui réussit à le mettre à sa place. *C'est à cet essai malheureux de Bergmann qu'il faudrait attribuer la marche rapide de la maladie*, car un abcès se déclara au niveau de la fausse route. Mackenzie reproche à Bergmann de n'avoir pas pris toutes les précautions antiseptiques qu'il recommande tant et de s'être mis en contradiction avec lui-même.

L'Empereur part pour Potsdam ; c'est le sujet du chapitre IX qui n'offre rien d'intéressant à noter.

Dans le chapitre suivant intitulé *l'épilogue*, Mackenzie raconte qu'on essaie de lui tendre un piège en lui demandant de faire un rapport sur le cas de l'empereur Frédéric III, avant de procéder à son autopsie dont il fait le récit.

DEUXIÈME PARTIE. — CONTROVERSE.

Dans la seconde partie de son livre, Mackenzie se propose de démontrer : a) Que l'opération de la thyrotomie n'est pas sans danger comme l'a prétendu Bergmann ; b) Qu'elle n'offre pas une probabilité suffisante pour détruire une tumeur maligne, mais qu'elle est au contraire très fréquemment suivie de récidive ; c) Que la présence du cancer n'était pas constatée, même avec une certitude approximative avant le mois de novembre 1887, si vraiment il existait avant cette date.

Pour démontrer la véracité de ses deux premières propositions, Mackenzie énumère 20 cas de thyrotomie publiés par le *Centralbatt für Laryngologie* et rapporte une série de 22 cas dans laquelle on voit que l'opération n'a réussie que deux fois (cas de Billroth). Nous regrettons que M. Mackenzie, qui nous a fait l'honneur de nous citer à propos des travaux que nous avons publiés récemment dans le *Progrès médical*, ait oublié de rapporter l'observation de J. Bœckel dont le malade qui vit depuis près de 7 ans à la suite d'une thyrotomie pour un épithélioma, et celle de Solis-Cohen dont l'opéré survit, sans récidive depuis 20 ans, à la suite de l'extirpation de son ventricule gauche. Ses contradicteurs essayeront de tirer parti de son oubli.

Dans sa troisieme proposition, relative à l'*incertitude du diagnostic*, Mackenzie fait ressortir que Gerhardt ne prétendait pas être certain du diagnostic en mai, et que Bergmann n'avait aucune opinion sur la nature de la maladie. Il s'étend sur les examens de Virchow qui ont toujours été négatifs au point de vue de la malignité de la tumeur. La grande compétence de cet anatomo-pathologiste a été d'un grand poids pour former l'opinion de Mackenzie, car celui-ci n'aurait certainement pas été longtemps sans conclure à l'existence du cancer, s'il n'avait reçu les rapports de Virchow, sans commentaires. Et puis, ajoute Mackenzie, si j'avais sanctionné l'opération proposée en mai 1887, quel en eût été le résultat probable ? Le Kronprinz serait mort rapidement, taudis qu'il aurait pu survivre jusqu'en février 1889, s'il n'avait été soumis à un traitement inhabile avec des instruments grossiers. Bergmann, Bramann et Gerhardt sont responsables de ce qui est survenu. Dans le chapitre XII, l'*accusation*, Mackenzie passe en revue les rapports réunis dans le pamphlet des médecins allemands, incapables d'examiner le larynx ou d'enlever un fragment de la tumeur pour l'examen microscopique.

Enfin la dernière partie est consacrée à la STATISTIQUE.

« Les statistiques sont parfois illusoires, dit Mackenzie, mais pas dans le cas présent. » Le traitement palliatif permet au malade de vivre deux ans en moyenne, ce que l'on n'obtient pas avec le traitement radical.

Nous avons déjà dit que le premier tableau se rapportait à la thyrotomie n'était pas complet, deux cas de guérison étant oubliés. De l'analyse de cette table, l'auteur conclut en disant que la mortalité immédiate a eu lieu six fois dans vingt-deux cas ; la réapparition de la tumeur s'est montrée dans 12 cas sur 22, et la guérison n'a eu lieu que 2 fois.

Le tableau n° 2 renferme les cas d'ablation partielle du larynx. Ici encore quelques oublis, car Mackenzie ne cite que 35 cas et nous en avons rapporté 51. De plus, quelques cas, comme celui de Péan, n'ont pas trait à un épithélioma, mais bien à une tumeur tuberculeuse. De son tableau, Mackenzie conclut que la guérison a eu lieu dans un seul cas sur 35, et encore l'opération date-t-elle de 1886. Nos conclusions sont très différentes, car nous connaissons des malades qui ont vécu plus de 7 ans, et cinq plus de 3 ans. Enfin, le tableau n° 3 donne le relevé des cas d'extirpation totale. Quelques-uns de ces cas sont relevés deux fois. La guérison n'aurait eu lieu que dans 8 cas sur 138, soit 5,79 0/0. Notre statistique nous donne 8,5 0/0.

Tel est le résumé de cet ouvrage qui a tant préoccupé l'opinion publique. Il faut faire remonter l'origine de la querelle au rapport de Virchow qui a déclaré que les fragments examinés ne présentaient aucune trace de cancer. Devant cette affirmation de Virchow, Mackenzie, paraît-il, conseilla une opération radicale ? Qu'aurait-on dit s'il était survenu un accident quelconque ? N'aurait-on pas encore attaqué plus aigrement le médecin anglais ! D'autre part peut-on reprocher à celui-ci de s'être conformé à ses principes, même en présence d'un néoplasme malin. L'opinion de Mackenzie est que la seule intervention chirurgicale permise dans un cas de cancer est la trachéotomie ; peut-on lui demander de faire table rase de ses croyances ? Est-il raisonnable de lui demander de tenter sur un haut personnage une opération dans laquelle il n'a aucune confiance ? Nous avons déjà exposé ces faits dans un précédent travail.

Ou les médecins allemands acceptaient le diagnostic et le traitement de Mackenzie et ils devaient s'y conformer, ou ils étaient en désaccord avec lui, alors ils n'avaient qu'à se retirer. Regrettons que le public ait été mêlé à toutes ces scènes qui ont jeté sur la corporation entière un ridicule qui nous reporte à quelques siècles en arrière. J. BARATOUX.

Circulaires relatives aux mesures préventives à prendre contre la contagion de la pelade.

Monsieur le Ministre de l'instruction publique vient d'adresser aux préfets et aux recteurs les deux circulaires suivantes :

1re *Circulaire*. — Monsieur le Préfet, l'Académie de médecine s'est préoccupée des mesures à prendre dans les divers établissements scolaires pour prévenir la contagion de la pelade sans cependant entraver l'instruction d'enfants ou de jeunes gens atteints d'une maladie dont la contagion n'est pas fatale et dont l'évolution est souvent assez longue. La haute autorité de cette assemblée témoigne suffisamment de l'importance qu'il convient d'attacher aux prescriptions formulées par elle. Je les signale à votre attention toute particulière, en vous priant de les faire appliquer, dès la rentrée des classes dans les écoles primaires publiques (supérieures, élémentaires et maternelles) de votre département et de la porter à la connaissance des maîtres et des maîtresses, par la voie du Bulletin de l'Instruction publique. Pour les écoles maternelles et les classes

enfantines, tant qu'un certificat n'aura pas attesté la guérison, la non-admission ou l'exclusion seront de règle, parce que la rigueur de ces mesures n'a pas pour les enfants de cet âge la même gravité que pour ceux qui sont plus avancés et parce qu'il est impossible de compter en rien sur leur concours. Dans les autres écoles, les instituteurs seront autorisés à admettre les élèves atteints de pelade après avoir préalablement reçu un certificat médical attestant la possibilité de recevoir le sujet et sous la réserve de l'observation des prescriptions ci-dessous. Les enfants peladiques devront être séparés pendant les classes et isolés pendant les récréations. Si la présence d'un de ces malades, admis ou conservés par tolérance, venait à occasionner des cas nouveaux, la tolérance cesserait aussitôt. Pour préserver les sujets sains, les contacts immédiats seront évités en obligeant les peladiques à maintenir leur tête couverte ou au moins la surface malade. Les autres élèves seront prévenus de n'employer aucun objet appartenant à leurs camarades et particulièrement les objets qui ont été en rapport avec la tête et la face de ceux-ci. L'échange des coiffures, cause fréquente des transmissions, sera sévèrement interdit.

2e *Circulaire*. — Monsieur le Recteur, j'ai l'honneur de porter à votre connaissance, les prescriptions formulées par l'Académie de médecine, en vue de prévenir la contagion de la pelade dans les établissements scolaires, sans cependant entraver l'instruction des jeunes gens atteints d'une maladie dont la transmission n'est pas fatale et dont l'évolution est souvent assez longue. Des instructions en ce sens ont été adressées à MM. les préfets, pour ce qui concerne les établissements d'enseignement primaire public (écoles supérieures, écoles élémentaires, écoles maternelles); il vous appartient d'assurer l'exécution de ces mesures dans les écoles normales de votre ressort. Les directeurs de ces établissements seront autorisés à admettre les élèves atteints de pelade, qui leur présenteront un certificat du médecin de l'école attestant la possibilité de recevoir le sujet et sous la réserve de l'observation des prescriptions ci-dessous: les jeunes peladiques devront être séparés pendant les classes, et isolés pendant les récréations. Si la présence d'un de ces malades, admis ou conservés par tolérance, venait à occasionner des cas nouveaux, la tolérance cesserait aussitôt. Pour préserver les sujets sains, les contacts immédiats seront évités en obligeant les peladiques à maintenir leur tête couverte ou au moins la surface malade. Les autres élèves seront prévenus de n'employer aucun objet appartenant à leurs camarades et particulièrement les objets qui ont été en rapport avec la tête et la face de ceux-ci. L'échange des coiffures, cause fréquente de transmission, sera sévèrement interdit. Les objets de toilette du malade lui seront exclusivement réservés ainsi que sa literie, spécialement les oreillers et traversins.

Concours de l'internat en médecine.

La composition écrite du Concours de l'internat a eu lieu à la date fixée, le 19 octobre, à midi, dans la salle Saint-Maurice de l'Hôtel-Dieu annexe (bâtiment de l'ancien Hôtel-Dieu, entrée rue de la Bucherie, 51). La lecture des copies sera faite, comme par le passé, dans l'Amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria. L'administration porte, en outre, à la connaissance de MM. les Candidats que le nombre des places d'internes à mettre au Concours pour l'année 1889, est invariablement fixé à 46. — L'affiche, qui faisait ainsi mention de la nouvelle modification dans l'organisation matérielle du concours et de la limitation du nombre des places à donner, ne nous est parvenue que le 13 octobre, après l'apparition de notre dernier numéro. Nous nous contentons aujourd'hui de signaler ces deux réformes à l'attention des concurrents. Plus heureux que leurs Anciens, ils pourront enfin faire une copie dans des conditions un peu moins bizarres que jadis. Le *Progrès* ne peut que se féliciter de l'insistance qu'il a mise à provoquer la première réforme. Quant à la question de la limitation du chiffre des places, c'est un sujet qui mérite d'être examiné avec le plus grand soin.

La question posée a été: *Triangle de scarpa ; Signes et diagnostic de l'étranglement herniaire.* — Les autres questions restées dans l'urne étaient: *Bronches et ramifications bronchiques; symptomes et diagnostic de la pneumonie lobaire franche aiguë.* — *Rapports de l'utérus: signes et diagnostic du cancer de l'utérus.*

Faculté de médecine de Paris.

Travaux pratiques (1re année).—Année scolaire 1888-89 (hiver).

Les travaux pratiques de physique, de chimie et d'histoire naturelle commenceront le lundi 5 novembre 1888. Ils auront lieu, pendant le 1er semestre 1888-89, aux jours et heures ci-après désignés: 1° *physique*: mardi, jeudi et samedi, de 1 à 3 heures du soir, à la Faculté. Les inscriptions seront reçues au laboratoire des travaux pratiques de physique (installé provisoirement à la Faculté), du lundi 22 octobre au samedi 10 novembre inclus, de 9 heures à 11 heures du matin. 2e *Chimie*: mardi, jeudi et samedi, de 8 heures à 10 heures 1/2 du matin, à l'ancien collège Rollin (2, rue Vauquelin). Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. Hanriot, chef des travaux (ancien collège Rollin), du lundi 22 octobre au samedi 10 novembre inclus, de 9 heures à 11 heures du matin. 3° *Histoire naturelle*: lundi et jeudi (1re série), mardi et vendredi (2e série) de 9 à 11 heures du matin, à l'école pratique (15, rue de l'Ecole-de-Médecine). Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. Faguet, chef des travaux (Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine), aux jours indiqués ci-dessus pour la Chimie, de 9 heures 1/2 à 11 heures du matin. Passé le 10 novembre, aucune inscription ne sera plus admise, à moins d'autorisation spéciale. En recevant l'inscription des élèves, MM. les chefs des travaux remettront à chacun d'eux une carte d'entrée, sur présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits. Dans l'intérêt de leurs études, MM. les élèves sont invités à demander leur inscription le plus tôt possible. Ils seront prévenus de leur mise en série par MM. les chefs des travaux.

Un institut médical à Reims.

Une Société pour la fondation d'un établissement, comprenant, avec l'hydrothérapie, les diverses applications à la médecine des gaz et de l'électricité, est en voie de formation à Reims. Un conseil médical, composé de cinq membres, a fait récemment un rapport sur l'utilité d'une semblable création. L'édifice public à élever sera uniquement destiné aux diverses pratiques de l'hydrothérapie, aérothérapie, massothérapie et électrothérapie. L'installation sera aménagée spécialement dans ce but et il y aura des aides très expérimentés. Aucune ville de France ne possède encore d'établissement de cette sorte où tout soit réuni dans un même local. (*Union médicale du Nord-Est*).

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 22. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*): MM. Gariel, Lutz, Villejean; — (2e *Série*): MM. Gautier, Hanriot, Blanchard.

MARDI 23. 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité): MM. Duplay, Brun, Maygrier; — (2e partie): MM. Proust, Troisier, Hanot.

MERCREDI 24. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*): MM. Baillon, Lutz, Pouchet; — (2e *Série*): MM. Gautier, Bourgoin, Villejean; — (3e *Série*): MM. Regnauld, Hanriot, Blanchard.

JEUDI 25. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*): MM. Gariel, Hanriot, Pouchet; — (2e *Série*): MM. Gautier, Lutz, Blanchard; — (3e *Série*): MM. Baillon, Bourgoin, Villejean. — 4e *de Doctorat*: Dieulafoy, Ballet, Hutinel.

VENDREDI 26. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*): MM. Regnauld, Gariel, Villejean; — (2e *Série*): MM. Gautier, Pouchet, Blanchard; — (3e *Série*): MM. Baillon, Lutz, Hanriot.

SAMEDI 27. — 2e *de Doctorat* (2e partie): MM. Mathias-Duval, Quénu, Quinquaud. — 4e *de Doctorat*: MM. Peter, Troisier, Hutinel. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hotel-Dieu (1re *Série*): MM. Panas, Peyrot, Campenon; — (2e *Série*): MM. Bouilly, Brun, Maygrier.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Vendredi 26. — M. Rossignol. De la gangrène symétrique des extrémités chez l'enfant. — M. Ter-Grigoriantz. Hémiplégie chez les enfants.

FORMULES

I. — Hyperhydrose des pieds.

I. — Essuyer à différentes reprises la surface plantaire du pied et les espaces interdigitaux avec un peu de ouate hydrophile imprégnée de la solution suivante:

Acide chromique	1 gr.
Eau.	100 gr.

Répéter ce pansement environ tous les quinze jours; s'il y a des ulcérations, on devra employer au début une solution à 1/20. (Gaz. *méd.*).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 7 oct. 1888 au samedi 13 oct. 1888, les naissances ont été au nombre de 1178, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 451, illégitimes, 171. Total, 622. — *Sexe féminin* : légitimes, 400 ; illégitimes, 154 Total, 554.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 7 oct. 1888 au samedi 13 oct. 1888 les décès ont été au nombre de 896, savoir : 354 hommes et 452 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 5, F. 2 T. 7. — Variole : M. 1, F. 0. T. 1. — Rougeole : M. 4, F. 6. T. 10. —Scarlatine : M. 1, F. 1, T. 2. — Coqueluche : M. 2. F. 1. T. 3. — Diphthérie. Croup : M. 13 F. 11. T. 24. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 111, F. 74. T. 188. — Autres tuberculoses : M. 18, F. 12. T. 30. – Tumeurs bénignes : M. 0, F. 11. T. 11.—Tumeurs malignes : M. 24, F. 26. T. 50. — Méningite simple : M. 21, F. 13. T. 34. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 23, F. 17. T. 40. — Paralysie : M. 1, F. 6 T. 7. — Ramollissement cérébral : M. 6, F. 4 T. 10. — Maladies organiques du cœur : M. 21, F. 33. T. 54. — Bronchite aiguë : M. 5, F. 11 T. 14. — Bronchite chronique M. 21, F. 18, T. 39. — Broncho-Pneumonie : M. 11, F. 6. T. 17 — Pneumonie : M. 15. F. 21. T. 36. — Gastro-entérite, biberon : M. 50, F. 44. T. 94. — Gastro-entérite, sein : M. 12, F. 10. T. 22 — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 3. F. 1. T. 4. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 4 T. 4 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3. T. 3. - Débilité congénitale et vices de conformation : M. 15, F. 13, T. 28. — Sénilité : M. 8, F. 24. T 32 — Suicides : M. 13. F. 1, T. 14.— Autres morts violentes . M. 13. F. 3. T. 16. — Autres causes de mort : M. 109, F. 72. T. 181. — Causes restées inconnues : M. 8, F. 4, T. 12.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 87, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 31, illégitimes, 11. Total : 42. — *Sexe féminin* : légitimes, 37; illégitimes, 8 Total : 45.

Faculté des sciences de Paris. — M. Ouvrard soutiendra, devant ladite Faculté, le vendredi 19 octobre 1888, à 9 heures, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse intitulée : *Recherches sur l'action des phosphates alcalins sur quelques oxydes métalliques*.

Faculté des sciences et de médecine. — Sont admis à faire valoir leurs droits à une pension de retraite pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à partir du 1er novembre 1888, et nommés professeurs honoraires : MM. Tourdes, professeur à la Faculté de médecine de Nancy ; Berthaud, prof. à la Faculté des sciences de Lyon. — Sont admis, *sur leur demande*, à faire valoir leurs droits à une pension de retraite, pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à partir du 1er novembre 1888, et nommés professeurs honoraires : M. Nicolas, professeur à la Faculté des sciences de Clermont.

Faculté des sciences. — *Bourses d'études*. Des bourses d'études sont accordées pour un an, à partir du 1er novembre 1888, près les Facultés des sciences ci-après désignées, aux candidats dont les noms suivent. *Faculté de Lille* : M. Thibert, licencié ès sciences. — *Faculté de Paris* : MM. Frémont, licencié ès sciences ; Jumelle, licencié ès sciences.

Faculté de médecine de Paris. — *Cours de clinique des maladies du système nerveux* (hospice de la Salpêtrière). M. le professeur Charcot. — Les leçons du mardi commenceront le 23 octobre. Les vendredis à partir du 26, examen des malades.

Faculté de médecine de Lille. — La Faculté de médecine de cette ville vient d'être remise par la Municipalité entre les mains de l'Etat. Tout le budget va être grevé d'autant ; cette Faculté, créée en 1876, avait été construite et entretenue jusqu'ici par la ville de Lille.

Faculté des sciences de Toulouse. — M. Caralp, docteur ès sciences, est nommé, pour l'année scolaire 1888-1889, maître de conférences de géologie à ladite Faculté.

Écoles de médecine navale. — Voici la liste des étudiants en médecine qui viennent d'être nommés *boursiers* près de ces Écoles : MM. Pairone de Champeaux, Labrousse, Boyer, Le Quinquis, Conte (Brest) ; — Denis, Lesueur-Florent, Lasselve-Rochefort ; — Allo, Hist, Hennequin (Toulon).

Dorénavant les candidats devront justifier du baccalauréat ès lettres et ès sciences restreint, pour la médecine ; et du baccalauréat ès sciences complet, pour la pharmacie.

École préparatoire de médecine et pharmacie de Clermont. — M. Imbert Goubeyre, professeur d'hygiène et de thérapeutique à ladite École, est admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite, pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à partir du 1er novembre 1888.

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble. — M. Breton, professeur de pharmacie et toxicologie à ladite École, est admis, sur sa demande et à partir du 1er novembre 1888, à faire valoir ses droits à une pension de retraite. M. Breton est nommé professeur honoraire.

École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille. — M. Nepveu, docteur en médecine, est nommé professeur d'anatomie pathologique à ladite École. — M. Roux, docteur en médecine, chargé de cours à la même école, est nommé professeur de thérapeutique. — M. Fallot, docteur en médecine, suppléant à la même école, est nommé professeur d'hygiène et médecine légale, en remplacement de M. Pauchon, dont la délégation est expirée.

École de plein exercice et de pharmacie de Marseille. — Un concours s'ouvrira le 12 avril 1889, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'École de Marseille. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Universités étrangères. — *Faculté tchèque de médecine de Prague* : M. le Dr Maixner, professeur extraordinaire de pathologie et de thérapeutique, est nommé professeur ordinaire.— *Faculté de médecine de Giessen* : La liste de présentation des candidats à la chaire d'obstétrique et de gynécologie, vacante par suite du départ de M. Hofmeier, comprend les noms de MM. les Drs Veit et Löhlein (de Berlin). — *Faculté de médecine d'Amsterdam* : M. le Dr G. Puge, professeur extraordinaire à Heidelberg, est nommé professeur ordinaire d'anatomie, en remplacement de M. Fürbringer. — *Faculté d'Iena* : M. le Dr W. Biedermann est nommé professeur ordinaire de physiologie en remplacement de M. Preyer. — *Faculté d'Inspruck* : M. le Dr H. Klotz est nommé professeur extraordinaire de gynécologie. — *Faculté de Vienne* : M. le Dr Paltauf est nommé privat-docent de médecine légale. — *Faculté de Madrid* : M. le Dr A. Ximeno Cabanas est nommé professeur d'hygiène publique. — *Faculté de Cracovie* : M. le Dr Obalinski est nommé professeur extraordinaire de chirurgie.

Universités étrangères. — M. le Dr Assaky, ancien professeur agrégé à la Faculté de Lille, professeur à Bukarest, vient d'être nommé fellow du Médico-Chirurgical-Collège de Philadelphie.

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'externat*. Voici les noms des juges de ce concours qui commencera le lundi 22 octobre : MM. Netter, Barié, Marie, Comby, Tuffier, Picqué, Championnière de Ribes.

Concours de l'internat des hôpitaux. — MM. Felizet et Le Dentu sont remplacés par MM. Brun et Segond. (Voir dernier numéro.)

Concours de la médaille d'or (Médecine). — Les juges de ce concours seront, sauf modifications ultérieures, MM. Mauriac, Guyot, Roques, Chaput et Siredey ; ce dernier seul n'a pas encore accepté.

Concours de la médaille d'or (Chirurgie et Accouchements). — Ont été tirés au sort, comme juges, MM. Le Dentu, Terrier, Verneuil, Lalamon et Ribemont ; aucun d'eux n'a encore accepté.

Amphithéâtre d'anatomie (année 1888-1889). *Saison d'hiver*. — MM. les Élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 15 octobre 1888. Des conférences sur l'histologie normale et pathologique seront faites par M. le Chef du laboratoire. MM. les Élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope. — *Nota*. Les microscopes et autres instruments nécessaires aux recherches histologiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les Élèves par l'administration de l'Assistance publique.

Hôpitaux d'isolement suburbains. — M. le préfet de la Seine vient d'aviser l'administration de l'Assistance publique qu'il allait poursuivre devant le conseil d'Etat la demande d'un décret d'utilité publique pour permettre l'expropriation des terrains nécessaires à l'établissement des hôpitaux d'isolement suburbains, dont la création a été décidée en principe par le conseil municipal, sur le rapport de M. Chautemps.

Hôpitaux de Bordeaux. — *Concours de l'internat et de l'externat*. Les questions posées à l'internat ont été : *Creux poplité et anévrysmes du creux poplité* ; — *Articulation coxofémorale et signes et diagnostic de la coxalgie* ; — *Aisselle et abcès de l'aisselle*. Les questions posées à l'externat ont été : *Artère fémorale et symptômes et diagnostic des fractures du col du fémur* ; — *Tibia et hydrarthrose*.

HÔPITAUX DE SAINT-ETIENNE. — L'administration des hospices civils de Saint-Etienne (Loire) rappelle que le lundi 10 décembre 1888, un concours public pour une place de chirurgien sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

HÔPITAUX DE LYON. — *Concours de l'Internat.* Ce concours vient de se terminer par les nominations ci-dessous par ordre de mérite : MM. Fabre, Dor, Bonnet, Lyonnet, Tournier, Rivière, Tillier, Guyenet, Destot, Philippe, Laurençon, Chaix. Les questions données ont été : 1° *Du rectum* ; 2° *Infiltration d'urine* ; 3° *Des Embolies*. Questions dites de garde : *Hémorrhagies anorectales* ; — *Signes et traitement de la colique de plomb* ; — *Prophylaxie de la fièvre puerpérale*. Nous saisissons cette occasion pour faire ressortir ce qu'a de bon l'institution des *questions dites de garde*, dans un tel concours. Il serait à souhaiter que, pour l'Internat des hôpitaux de Paris, les questions orales soient posées de telle sorte qu'elles puissent rentrer dans des sujets de ce genre.

CONGRÈS DES HYGIÉNISTES ITALIENS A BOLOGNE — Ce Congrès s'est ouvert le 6 octobre à Bologne, sous la présidence du professeur Corradi. On s'est occupé surtout de la réglementation de la prostitution.

CRÉMATION. — Le pape vient de décréter que la crémation était et demeurait absolument interdite par les règlements religieux.

DOCTORAT DANS LES UNIVERSITÉS ALLEMANDES. — Pendant l'année 1886-87, les vingt facultés de médecine de l'empire d'Allemagne ont conféré le diplôme doctoral à 847 candidats. L'année précédente le nombre s'élevait à 689. Les plus favorisées de ces Facultés sont celles de Berlin avec 132 docteurs et Würzbourg avec 188, puis viennent après, Munich avec 124, Bonn avec 62, Erlangen 33, Breslau 25, Fribourg 13, Gottingue 19, Giessen 8 ; Halle 26, Greifswald 60, Heidelberg 13, Kiel 27, Iéna, 29, Kœnigsberg 26, Strasbourg 17. Tubingue 21, Rostock 4, Marburg 18. Une seule, Leipsig n'en compte pas. Il est vrai que ces chiffres ne sauraient donner une idée de la population scolaire de chacune de ces Universités ; chaque étudiant étant libre de choisir la Faculté devant laquelle il subira ses examens. (*R. Cl. ei Th.*)

DONATIONS. — M. le Dr BELLE (de Moissac), mort récemment, a légué à l'Association générale des médecins de France une somme de 100,000 francs pour fonder des secours de 500 francs aux médecins nécessiteux.

FEMMES-MÉDECINS EN ITALIE. — On ne compte jusqu'à ce jour que six doctoresses exerçant en Italie ; elles ont été reçues en 1878 à Turin, en 1884 et en 1887 à Naples, à Bologne et à Florence.

NOUVEAUX JOURNAUX. — Nous recevons le premier numéro de la *Gaceta sanitaria de Barcelona*, dirigée par le Dr Pélegrin Giralt. Elle paraîtra le 10 de chaque mois. Nous souhaitons bonne chance à notre nouveau confrère.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr DUBORGIA (de Bougival), un républicain fervent qui, pendant la guerre de 1870, fut emmené en captivité à Coblentz. — M. le D. GUIEYSSE, médecin du chemin de fer du Nord. — M. le Dr GAILLARD (de Pontrieux). — M. le Dr FINOT (de Paris), ancien président de la Société médico-pratique, mort à 64 ans. — M. TERFIK-BEY, professeur de sciences naturelles à l'Ecole impériale de médecine de Constantinople, décédé le 27 septembre. — M. EMERY, dit CODERRE, professeur à l'Université de Montréal (Faculté de médecine). —M. Ch. TAYLOR, chirurgien de l'Hôpital général de Nottingham.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie F. ALCAN, 104, boulevard Saint-Germain.

LANNOIS (M.). — Chorée héréditaire. Brochure in-8 de 35 pages.

MARCEL (E.) et MARINASCO (G.). — Un cas de mutisme hystérique avec contraction spasmodique glosso-laryngée guéri par la suggestion hypnotique associée à la gymnastique vocale. Brochure in-8 de 6 pages.

NÉGRIÉ et DUMUR. — Chorée et antipyrine. Brochure in-8 de 17 pages — Bordeaux 1888. — Imprimerie G. Gounouilhou.

ROBERTSON (G.-J.). — The treatment of empyema : The process of repair a method of sub cutaneous drainage and irrigation. Brochure in-8 de 60 pages, avec figures. — London, 1888. — J. Heywood.

Librairie ASSELIN et HOUZEAU, place de l'Ecole-de-Médecine.

HANOT (V.) et GILBERT (A.). — Etudes sur les maladies du foie. — Cancer (Epithélioma). Sarcome. Mélanomes. Kystes non parasitaires. Angiomes. Volume in-8 de VIII-334 pages, avec 7 figures en noir et 30 figures en chromo-typographie.— Prix. 25 fr.

Librairie J.-B BAILLIÈRE et fils, 19. rue Hautefeuille.

CHALMIER (J.). — Essai sur le mal de tête. Volume in-8 de 100 pages. — Prix . . . . 2 fr. 50.

GALEZOWSKI et KOPFF. — Hygiène de la vue. Volume in-18 de 328 pages, avec 44 figures. — Prix . . . . 3 fr. 50.

GALLOIS. — Douze cents formules. Volume in-32 de 639 pages. — Prix. . . . . 3 fr. 50.

MAZET (A.). — Asepsie et antisepsie. Brochure in-8 de 92 pages, avec une planche hors texte. — Prix. . . . . . .

REUSS (L.). — La prostitution au point de vue de l'hygiène et de l'administration en France et à l'étranger. Volume in-8 de 636 pages. — Prix . . . . 7 fr. 50.

CHARAZAC (J.). — Un cas de cancer du larynx. — Considérations sur la laryngectomie. Brochure in-8° de 8 pages. — Bordeaux, 1888. — A. Bellier et Cie.

GAUTHIER (G.). — De la cachexie thyroïdienne, dans la maladie de Basedow. Brochure in-8° de 8 pages. — Lyon, 1888. — F. Plan.

Librairie LECROSNIER et BABÉ, 23, Place de l'Ecole de Médecine.

FORT (J.-A.). — Nouveau procédé pour guérir les rétrécissements de l'urèthre, rapidement et sans aucun danger. Mémoire présenté par le professeur RICHET, à l'Académie de médecine le 1er mai. Brochure in-8 de 40 pages. — Prix. . . . . . 2 fr.

JOURNIAC (A.). — Recherches cliniques sur le délire hypocondriaque. Valeur séméiologique. Brochure in-8 de 90 pages.

Librairie C. REINWALD, 15. rue des Saints-Pères.

GEGENBAUR (C.). — Traité d'anatomie humaine. Traduit par JULIN (Ch.). — 2e partie, volume in-8 de 188 pages, avec 158 figures. — L'ouvrage sera complet en 4 parties (en souscription : 30 fr.).

Librairie G. STEINHEL, 2, rue Casimir-Delavigne.

LEJARS (F.). — La masse de Teichmann exposée d'après le mémoire et les enseignements de l'auteur. Brochure in-8 de 31 pages.

LOEWENBERG.— Etudes thérapeutiques et bactériologiques sur le furoncle de l'oreille. Brochure in 8 de 20 pages. — Paris, 1888. — Alcan-Lévy.

ABEILLE. — Le Dr Maillot et son œuvre. Brochure in-8 de 7 pages. — Paris, 1888. — Ch. Unsinger.

PHILBERT (E.). — Des cures d'amaigrissement. Brochure in-8 de 4 pages. — Le Moutiers, 1888.— F. Ducloz.

TORNERY (De). — De l'emploi de l'eau chaude en gynécologie sous forme d'injections vaginales et d'injections intra-utérines prolongées. Brochure in-8 de 15 pages. — Paris, 1888. — A. Lanier et ses fils.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VIII. N° 43. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 27 OCTOBRE 1888.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MENTALE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — **M. J. SÉGLAS.**

Les psychoses séniles et tardives : les idées de négation chez le vieillard ; les idées de persécution séniles et la forme tardive du délire des persécutions.

Leçon recueillie par M. A. MARIE, externe des hopitaux (1).

Messieurs,

Dans notre dernière réunion, nous avons étudié ensemble l'état mental du vieillard et les altérations que présentent les facultés intellectuelles par suite des progrès de l'âge, aboutissant en dernier terme à la démence sénile. Nous avons vu que les troubles intellectuels que nous avons étudiés en détail pouvaient, comme l'a montré Maudsley, se ramener en dernière analyse à deux facteurs primordiaux, les lésions de la mémoire, les lésions de la perception. Nous avons noté aussi les altérations du sentiment, les actes variés des vieillards, déments ou non, des plus importants à connaitre au point de vue médico-légal : tous ces phénomènes marchant de pair avec des symptômes physiques et réalisant ainsi le processus complet de l'involution sénile.

Je vous rappellerai aussi qu'en plus de cette démence sénile simple, on peut trouver des idées délirantes de couleurs diverses, et des états maniaques ou mélancoliques plus ou moins accentués; phénomènes surajoutés qui reposent sur le fonds primitif de démence et lui empruntent un caractère spécial.

Je vous ai dit encore qu'à côté de ces épisodes délirants, on peut rencontrer chez le vieillard, et indépendamment de la démence, de véritables psychoses qui souvent marquent au contraire le début de la désorganisation des facultés intellectuelles, laquelle ne s'établit plus ici d'une façon progressive, mais peut survenir très vite à la suite d'accidents vésaniques divers. C'est ainsi que nous avons vu ensemble un accès maniaque avec idées érotiques, survenant à un âge avancé chez un vieillard jusque là normal, amener rapidement et laisser en s'effaçant la démence sénile ordinaire.

D'autres fois on peut avoir affaire à des troubles de nature mélancolique et l'on peut voir certains déments séniles présenter, d'une façon épisodique et alternant quelquefois avec l'excitation maniaque, de la dépression ou de l'anxiété mélancoliques avec des idées délirantes de teintes variées. Nous reviendrons tout à l'heure sur les idées de persécution, qui forment une classe à part. Celles que j'ai pu constater le plus souvent dans ces épisodes mélancoliques des vieillards sont des idées mystiques ou hypochondriaques. C'est ainsi que l'on voit des vieillards, déjà déments, tomber tout d'un coup dans une dévotion exagérée, s'accuser de fautes plus ou moins imaginaires, se croire coupables de crimes qu'ils n'ont jamais commis, redouter la damnation et fréquenter les églises et les confessionnaux. Dans d'autres cas ce sont des conceptions hypochondriaques, préoccupations sur l'état des organes, craintes des maladies, de la mort, idées hypochondriaques analogues à celles des paralytiques généraux. En même temps on peut noter des hallucinations diverses, des troubles de la sensibilité dans ses différents modes.

D'ailleurs, toutes les conceptions délirantes empruntent au fonds de démence sur lequel elles reposent un caractère d'absurdité, d'incohérence manifeste. Elles sont assez mobiles, se présentent par épisodes et peuvent alterner ou même coexister avec des idées délirantes également absurdes, mais de couleur toute opposée.

Mais en regard de ces faits il en est d'autres dans lesquels on rencontre chez le vieillard de véritables accès de délire mélancolique en tout analogues à ceux qu'on peut observer chez l'adulte. Ces accès mélancoliques, qui surviennent chez des vieillards non déments, ne sont en général, comme les accès maniaques survenant dans les mêmes conditions et dont je vous ai déjà parlé, que le prélude de la ruine des facultés intellectuelles à plus ou moins longue échéance. Mais au début ou à leur période d'état ils se présentent tout différemment des épisodes précédents, car la démence, sur laquelle ces derniers reposent, n'est pas encore installée dans le cas actuel et les idées délirantes, les réactions des malades plus actives donnent au contraire à la maladie l'aspect qu'elle eut pu revêtir chez un individu moins avancé en âge.

En voici un exemple :

Madame P..., agée de 76 ans, est en proie depuis plusieurs mois à un véritable accès de mélancolie anxieuse avec craintes imaginaires, idées hypochondriaques, d'empoisonnement, de persécution. Sa figure exprime l'anxiété la plus vive ; elle est continuellement en mouvement, le sommeil fait complètement défaut. Elle ne cesse de se plaindre de sa santé, elle éprouve partout des douleurs, son foie est très malade, ses mains sont changées, sa langue est disloquée et le bout va tomber, son palais va disparaitre, elle *n'a déjà plus* de gosier. Elle ne cesse de demander des médicaments et en même temps elle attribue toutes ses douleurs à ceux qu'on lui donne : elle est certaine qu'elle prend du poison dans tous ses aliments : en général elle mange sans trop de difficulté, parfois elle refuse les aliments. Elle croit que sa famille veut se débrarasser d'elle, tout lui manque, elle n'a plus de domicile, plus rien. Elle nous reproche amèrement de nous être laissés séduire par des offres d'argent. On va lui faire endurer toutes sortes de supplices, on va lui arracher le cœur, lui retourner le nez, lui couper la tête, lui arracher la langue par morceaux, la couper en deux, la faire bouillir dans une grande marmite : c'est pour cela qu'on a allumé le feu de la cuisine. Les médecins se livrent sur elle à des expériences scientifiques. Elle a des hallucinations de la vue, montrant des personnages fantastiques et menaçants, qui passent devant sa fenêtre et des illusions de l'ouïe qui lui font prendre le bruit du vent pour la voix de ses bourreaux.

Elle reconnait par instants qu'elle a tort de se créer des chimères, mais ne tarde pas à retomber dans ses préoccupations délirantes. Au point de vue du niveau des facultés il faut noter que la mémoire parait aujourd'hui assez infidèle : mais il faut remarquer que le délire est très actif. La malade répond bien à toutes les questions ; sa famille et son médecin traitant nous ont assuré d'autre part qu'avant le début de l'accès mélancolique, on n'avait jamais remarqué aucun indice d'affaiblisse-

(1) [illegible]rs les vacances. — 20 [illegible] 1888.

ment des facultés intellectuelles. Comme renseignements sur l'état antérieur, j'ai appris que déjà, il y a 11 ans, à l'âge de 62 ans, Madame P..., a eu pendant quelques semaines des inquiétudes non motivées sur sa santé et des craintes imaginaires, mais moins accentuées qu'aujourd'hui et qui ont disparu rapidement sans laisser de traces.

Voilà donc une malade âgée qui se présente à nous avec tous les caractères de la mélancolie anxieuse, telle que nous l'observons chez l'adulte. A l'inverse des cas dont je vous ai parlé tout à l'heure, ici c'est le délire mélancolique qui débute et dirige la scène. Si, aujourd'hui, la mémoire paraît commencer à s'affaiblir, nous savons, par les renseignements et l'examen antérieur de la malade, que c'est là un fait secondaire à la psychoneurose. D'ailleurs, il faut être encore réservé à l'époque actuelle sur ces troubles de la mémoire, car les mélancoliques, même adultes, dont le délire est très actif, comme celui de cette malade, peuvent présenter souvent des lésions de cette faculté, plus apparentes que réelles. Cependant dans le cas qui nous occupe, je ne doute pas que la dissociation de la mémoire ne finisse par s'établir, si même elle n'existe pas déjà. Toutefois, si ce fait paraissait obscur, l'accès antérieur survenu à l'âge de 62 ans, disparaissant sans laisser de trace, suffirait à prouver la réalité de ce que j'avance, l'existence chez le vieillard, en dehors de la démence, de véritables vésanies. Dans le cas actuel, je signalerai la présence d'idées de négation qui rapproche cette observation de faits de mélancolie anxieuse décrits par M. Cotard et que nous avons déjà étudiés. Je croirais d'ailleurs assez volontiers, qu'en dehors des cas chroniques visés plus spécialement par M. Cotard et pouvant arriver à un âge avancé avec leurs idées de négation, ces mêmes idées ne sont pas rares chez le vieillard, qu'elles soient liées comme ici à un accès de mélancolie anxieuse tardive, ou qu'elles soient simplement épisodiques et secondaires à l'affaiblissement sénile des facultés. Krafft, Ebing et Krœpelin ont signalé aussi des faits de ce genre.

Mais, Messieurs, les choses ne sont pas toujours aussi simples que vous pourriez le croire d'après ce dernier exemple, et il y a des cas où le diagnostic des troubles intellectuels que présente le vieillard peut devenir très délicat. C'est ce qui arrive lorsque prédomine chez lui l'idée de persécution.

Tous les aliénistes qui ont écrit sur le sujet n'ont pas manqué, et avec raison, de signaler la fréquence des idées de persécution chez les vieillards. Ces idées, liées à la démence sénile, lui empruntent des caractères particuliers. Les malades se plaignent qu'on leur fait des misères et surtout qu'on veut les voler. Egoïstes, avares et méfiants, ils cachent souvent les objets, l'argent qu'ils possèdent : leur mémoire infidèle ne leur permet pas de retrouver leurs cachettes et ils accusent alors les personnes qui les entourent, leur famille, de leur en vouloir, de les voler, de chercher à se débarrasser d'eux. Les moindres actes des personnes qui les veillent sont interprétés faussement. Prend-on soin d'eux, veille-t-on à leur toilette, ils vous accusent de les battre, de les maltraiter! Renouer leur cravate, ou leur foulard, est pour eux une tentative d'étranglement. Souvent ils ont aussi des idées d'empoisonnement. Les hallucinations, des troubles de la sensibilité générale ne font que développer et entretenir les idées délirantes. Mais leurs accusations mal formulées, puériles, ont toujours un caractère d'absurdité qui est le résultat et la marque de la ruine des facultés intellectuelles. Par cela même, aussi, ces idées de persécution ne sont pas exclusives et peuvent alterner ou coexister avec d'autres d'une couleur bien différente et dont je vous ai déjà donné des exemples. La malade que je vais vous présenter est un cas de genre.

Madame H..., est âgée de 72 ans. Les renseignements que nous avons pu recueillir sur ses antécédents ne nous ont appris rien de particulier. Il y a dix ans, elle aurait souffert de douleurs dans le ventre pendant un an ; elle disait alors qu'elle avait comme une bête dans le ventre. Il y a deux ans [illegible] environ, elle a commencé à se plaindre de ce qu'on venait chez elle lui voler des lapins, elle a craint aussi qu'on ne vînt la tuer. Elle entendait des voix, entr'autres celle de [illegible] le curé, qui lui a pris de l'argent. Elle a senti aussi [illegible] l'électrisait avec des fils dans le dos. A cette époque [illegible] prise cherchant le long de la Marne une bonne place pour se noyer. La nuit elle se relevait et allait chez les voisins [illegible] cher.

Aujourd'hui elle dit qu'il y a des [illegible] qui lui font des misères ; elle ne sait pourquoi car elle n'a jamais fait de mal à personne : elle ne connaît aucun de ces gens [illegible] jamais vus, mais les entend parler. Il y a [illegible] qui parle en l'air, au dessus de sa tête [illegible] de fille, qu'il est président, qu'elle est [illegible]. A côté des méchants, il y a quelques bons qui disent de la laisser tranquille. Les méchants disent qu'elle n'est pas propre, qu'elle a mal soigné ses enfants [illegible] pas cependant le gouvernement.

Elle raconte en souriant qu'on a fait du mal à ses enfants, qu'on les a tués, qu'on l'a volée, qu'on a pris de l'or et des papiers ; on veut la tuer, mais elle est résignée [illegible] si on veut la tuer, on la tuera, tout le monde ne peut pas être heureux. [illegible]

Troubles de la sensibilité générale très marqués : on la pique sur la tête avec des aiguilles grosses et petites ; peut-être sommes-nous de ceux qui la piquent ; on la pique, on la bat sur tout le corps. Aussi elle se cuirasse de carton, s'enveloppe de toiles cirées, [illegible] pour amortir les coups ; elle [illegible] qui renferme avec des croûtes de pain, des [illegible], ses instruments de défense, cartons, toiles cirées, [illegible] etc. [illegible] terre, il y a des gens qui lui chauffent les pieds. Pas d'hallucinations génitales : on ne l'a jamais piquée dans les parties. Hallucinations de la vue : fantômes de diverses couleurs [illegible] voyant des [illegible] et des odeurs de phosphore, etc....

Affaiblissement notable de la mémoire, de la perception [illegible] erreurs de personnalité ; prend un élève du service pour le fils du duc d'Orléans [illegible], du même âge, pour le fils du président ; reconnaît dans le médecin du service un de ses persécuteurs, quoiqu'il n'ait pas l'air méchant et que c'est bien dommage qu'il ne soit pas roi car il aurait été bien gentil.

Artères [illegible] ; [illegible] sénile ; tremblement ; cataracte [illegible].

L'examen de cette malade dénote donc chez elle un affaiblissement [illegible] des facultés intellectuelles présentant tous les caractères de la démence sénile. Cela nous explique [illegible] des idées de persécution, systématisées plutôt en apparence qu'en réalité [illegible] nées et [illegible] plus spéciales [illegible] [illegible] des hallucinations qui n'ont plus les caractères [illegible] de celle [illegible] dans le délire des persécutions. Vous avez [illegible] la voix qu'elle entend. Les [illegible] ne sont pas non plus celles des [illegible] et la malade persécutée qui a tenté jadis de se suicider, attend aujourd'hui, comme une mélancolique, le coup fatal avec résignation. C'est là un cas de délire de persécution sénile [illegible] de persécutions [illegible], empruntant [illegible] leurs caractères à la sénilité.

A côté des faits de ce genre il en est d'autres plus rares il est vrai, dans lesquels le vieillard présente un

délire de persécution véritable, systématisé comme celui de l'adulte et indépendant de la démence sénile. Au premier abord on pourrait croire que l'on a affaire à un ancien délire de persécution arrivé à une étape avancée et sans affaiblissement intellectuel, comme cela se rencontre souvent dans cette maladie. Mais l'étude des antécédents montre au contraire qu'on a affaire à un délire de fraîche date, ayant seulement débuté à un âge avancé, à une forme tardive de délire de persécutions. C'est une malade de cette catégorie que nous allons maintenant examiner.

Madame D..., âgée de 70 ans, entrée le 24 janvier 18[illegible].

Antécédents héréditaires. — Le *père* n'était pas nerveux, mais buvait un peu [illegible] paralysé [illegible] mort à 57 ans [illegible] « abcès au cœur ». Il avait eu 3 sœurs, mortes vers [illegible] de 45 ans. Pas de renseignements sur les grands parents.

Un cousin paternel a tué sa femme dans un accès de jalousie et s'est tué ensuite.

La *mère*, cousine de son mari, était très nerveuse, maladive ; se plaignant de l'estomac et du ventre ; pas d'attaques de nerfs ni de syncopes ; n'a eu qu'une sœur, morte à l'âge de 37 ans.

Antécédents personnels. — Pas de convulsions dans l'enfance, développement intellectuel et physique normal. Pas de maladies nerveuses ; à 14 ans, chargeant un sac de blé, elle fut prise de douleurs dans les reins, l'estomac et le bas-ventre. Réglée à 19 ans, l'a toujours été depuis d'une façon irrégulière et peu abondante. On lui a dit d'ailleurs qu'elle avait la matrice tombée.

Mariée à [illegible] ans, la malade a continué à souffrir des reins, d'une sensation de pesanteur dans le bas-ventre et de tiraillements d'estomac. Pas de syncopes cependant, ni d'attaques de nerfs.

Enceinte 11 mois après son mariage, eut un accouchement difficile. La matrice sortait lorsqu'elle se releva au 1[illegible] jour. On lui a mis alors un pessaire qu'elle a gardé 6 ans.

A cessé alors d'être réglée.

Dans l'espace de 7 ans, elle eut 6 grossesses.

Le mari, d'origine Piémontaise, était établi boulanger à Marseille. Leur bail fini et le propriétaire voulant les augmenter, ils allèrent s'établir dans le pays du mari, en Piémont, mais ils ne réussirent pas et revinrent à Marseille. [illegible], le mari dût travailler comme simple ouvrier. Ils [illegible] aussi, du consentement de son mari, accepta-t-elle une place de femme de chambre qu'on lui proposait à bord d'un bateau, après avoir placé ses enfants chez une femme, et sa petite fille dans une maison protestante. Elle était depuis 9 mois à bord du *Philippe-Auguste* quand éclata la guerre de Crimée. Le bateau fit le service de Constantinople en Crimée où elle prit même un petit commerce de fruits qui lui rapporta 1,500 francs en [illegible] mois. Elle envoya l'argent au mari et revint ; mais celui-ci lui reprocha d'avoir quitté. Et quelque temps après, elle retourna avec lui en [illegible] faire de la boulangerie à la suite de l'armée française. A la fin de la campagne, ils rentrèrent à Marseille avec près de [illegible] francs.

Un cousin du mari établi [illegible] les y attira [illegible] lèrent en pleine révolution, furent dévalisés et faillirent périr.

Réfugiés dans un port voisin jusqu'à l'arrivée du [illegible], navire de guerre français, venant de la Martinique, ils purent enfin s'embarquer pour New-York, grâce à un prêt de leur cousin. Ils s'arrêtèrent à Philadelphie où le mari se plaça dans un hôtel, tandis qu'elle tombait malade, perdant du sang et cela pendant 2 ans. Une fois rétablie, ils purent gagner New-York, où son mari resta maître d'hôtel, elle lingère dans la même maison. Entre-temps, les enfants étaient élevés et placés ; entre autres un garçon chez un lithographe condamné depuis comme faussaire, qui encourageait un [illegible] de l'enfant pour le théâtre en lui donnant de l'argent [illegible] lui, pour le passer. Cet homme leur enleva même [illegible] enfant malgré eux, et ils ne le retrouvèrent qu'après [illegible] mois.

Le faussaire donna alors de l'argent [illegible] pour qu'ils ne disent rien ; avec cet argent le mari partit au Mexique avec les deux plus grands de ses enfants qu'il plaça là bas ; quant à lui, on ne l'a plus revu.

Restée seule, elle demeura bien placée. Mais à la suite d'un coup de sang dans l'œil, n'y voyant plus, elle dût se mettre marchande de fleurs, puis garde malade. Enfin, à court d'argent, elle s'est fait rapatrier par le consul, et rentra en France, le 16 mai, le jour même dit-elle, du discours de Mac-Mahon. Elle se mit marchande de quatre saisons, et fut enfin placée à la Salpêtrière par un député, « 21 rue de Rome » il y a 2 ans, le 15 octobre 188[illegible].

Elle sait fort bien qu'on est en septembre 1888. Jamais jusqu'à son entrée, on n'avait rien fait contre elle. — Elle n'avait rien remarqué et ne se doutait de rien. — Elle affirme que tout a commencé à son entrée dans les cours, 14 mois avant l'entrée dans les sections d'aliénées.

[illegible] salle Ste-Claire, elle remarqua un matin qu'on avait déposé sur son lit deux papiers, tandis que ses voisines n'en avaient qu'un. Mais on en enleva bientôt un. Cela lui parut « drôle ». Depuis, elle a compris que c'était parce qu'il y avait dessus de mauvaises choses à son adresse, sans qu'elle l'ait pu lire.

Elle ne tarda pas à s'apercevoir que dans la salle, on la regardait de travers ; puis elle a entendu, surtout le matin au réveil, des voix disant « ce qu'il y a de plus vilain pour l'honneur d'une femme. » Depuis, ces voix la tourmentent sans cesse nuit et jour.

C'était d'abord deux femmes, ses voisines de salle, d'en face, qui l'appelaient *salope, coquine, putain*... la traitant de mauvaise mère, l'accusant d'avoir abandonné sa fille à Marseille en 1878. Cependant depuis cette époque, elle n'avait encore rien entendu de semblable à ce sujet !

Elle attribue toutes ses misères aux *protestants*, parce que, catholique, elle avait épousé un protestant. La surveillante aussi s'est jointe aux deux femmes ; elle l'aurait entendue disant « je n'aime pas les femmes adultères ». Enfin, la sous-surveillante aussi s'est mise à l'insulter et à la priver de nourriture.

A côté de ces femmes de persécution, méchantes et ignorantes, il y en a d'autres qui la consolaient, lui disant : « ne les écoutez pas, ne faites pas attention, elles nous ont aussi maltraitées, elles nous appelaient voleuses, et toutes sortes de choses. » [illegible] toujours été que du mal en pis.

On a craché sur elle, elle l'a senti sur sa main. On lui a jeté des poudres à la figure pour l'aveugler ; elle sentait de mauvaises odeurs de la bouche. Comme réactions, la malade a demandé d'abord à changer de salle, mais les persécutions ont continué. Elle s'est plainte au Directeur de l'hôpital, elle a même dit en jour « si j'avais un couteau je les tuerais. » Elle ne cesse aussi de réclamer sa sortie.

Pas d'idées de grandeur. La mémoire est conservée pour les faits passés et actuels, dont elle donne les dates précises sans se contredire. — Délire bien coordonné.

Pleure facilement, surtout quand elle parle des siens.

État physique. Athérome artériel, état sénile de la peau, tremblement sénile, surtout des mains, cataracte surtout de l'œil droit. Pas de paralysie. Habitus de la malade, air triste, physionomie chagrine.

Vous le voyez, Messieurs, le délire de cette malade se présente sous un tout autre aspect que celui de la précédente. Vous avez pu constater d'abord qu'il n'y a pas d'affaiblissement des facultés intellectuelles. La malade comprend bien les questions, y répond nettement, se rend parfaitement compte du milieu où elle se trouve : vous avez vu que sa mémoire est parfaitement conservée, aussi bien pour les faits récents que pour les faits passés. Elle donne des noms, des dates précises et nous n'avons jamais pu la trouver en défaut, la mettre en contradiction avec elle-même.

C'est évidemment à ce fait qu'il faut attribuer la systématisation progressive du délire qui s'est organisé comme un délire des persécutions ordinaire. Vous retrouvez, en effet, chez cette malade les phases diverses signalées par M. J. Falret que je vous ai indiquées

chez les persécutés classiques. C'est ainsi que nous notons d'abord des interprétations fausses, puis des hallucinations de l'ouïe prédominantes avec leurs caractères spéciaux, des troubles de la sensibilité générale, des hallucinations du goût, pas d'hallucinations de la vue. En même temps, les idées délirantes se systématisent, la malade incertaine au début accuse ensuite les protestants par un fait de délire rétrograde, puis certaines personnes qu'elle désigne. Les réactions sont aussi celles d'une persécutée : elle demande d'abord à changer de salle, en ville elle eut sans doute déménagé; puis ce sont des plaintes plus précises au Directeur comme les persécutés se plaignent aux commissaires : elle ne cesse de réclamer, et même elle en est venue à proférer des menaces d'homicide.

Nous retrouvons donc là, comme dans le délire des persécutions, les mêmes symptômes se développant dans le même ordre : seule l'évolution a été plus rapide. Je me crois donc autorisé à conclure que nous avons affaire ici à une forme tardive de délire des persécutions.

Nous avons vu précédemment que le délire des persécutions rentre dans la classe et constitue le type le plus complet des *délires systématisés primitifs* intimement liés à la dégénérescence mentale. C'est par suite une psychopathie éminemment constitutionnelle et, le délire, lorsqu'il apparaît, n'est que la traduction délirante des tendances natives particulières de l'individu. On comprend dès lors aisément l'importance que peuvent avoir, au point de vue de la mise en lumière du délire, les différentes étapes qui marquent l'évolution biologique. C'est ainsi qu'on peut, à ce point de vue, comme l'ont fait Tanzi et Riva dans un récent mémoire, distinguer : 1° La *forme originelle* (originäre Verrücktheit de Sander; persécutés raisonnants de M. J. Falret); 2° La *forme post-pubère* qui survient au moment de la maturité psychique, lorsque l'individu, d'une constitution psychique anormale, est devenu mûr pour le délire. C'est la forme la plus ordinaire (délire des persécutions de Lasègue); 3° La *forme qui débute au retour d'âge*; 4° La *forme tardive* qui arrive à un âge encore plus avancé, dans la vieillesse, ces deux dernières très comparables entre elles, suivant la remarque qu'en a fait Clouston pour les différentes psychoses, qui surviennent à ces deux étapes biologiques.

C'est sur la dernière forme, peu étudiée et que je crois cependant assez fréquente, que j'ai voulu attirer aujourd'hui votre attention, en essayant de la distinguer des idées de persécution observées communément chez le vieillard, reposant sur un fond primitif de démence sénile, avec lesquelles on confond le plus souvent ce véritable *délire de persécution à début tardif*, ayant la même origine, présentant les mêmes symptômes la même évolution systématique que le délire des persécutions ordinaires dont il ne diffère que par la marche plus rapide.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. Imbert est nommé, pour deux ans, aide d'anatomie à ladite Faculté, en remplacement de M. Castan dont le temps d'exercice est expiré. — M. Blaise, agrégé près ladite Faculté, est nommé, pour une période de six ans, chef des travaux d'anatomie pathologique et d'histologie, en remplacement de M. Carrieu, dont la délégation est expirée. — Sont nommes pour trois ans : 1° chef de clinique chirurgicale : M. Estor, docteur en médecine, en remplacement de M. Saussol, dont le temps d'exercice est expiré ; 2° chef de clinique obstétricale : M. Diffre, docteur en médecine, en remplacement de M. Guernier, dont le temps d'exercice est expiré. — M. B[illegible], agrégé libre, est rappelé à l'exercice, pendant l'année scolaire 1888-1889.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Fracture des Cartilages costaux et luxation de l'Appendice xiphoïde (*fin*) (1);

par **Adrien POZZI**, ancien interne des hôpitaux.

Les fractures traumatiques des cartilages costaux se rencontrent assez rarement isolées.

Dans un certain nombre de cas, elles ne furent qu'une des nombreuses lésions d'un traumatisme considérable, comme dans les cas de broiement par des machines ou d'écrasement par des charrettes : leur importance disparait alors dans le traumatisme général et ne saurait nous occuper. Dans d'autres circonstances la violence a limité son action. Elles sont très souvent, même dans ce cas, associées, soit à des fractures des côtes, soit surtout à des fractures ou à des luxations du sternum.

La violence peut agir sur les cartilages, *directement* ou *indirectement*. Les causes *directes*, relevées le plus fréquemment, sont des coups de pied (ruades de cheval), de poing, de timon. Dans le cas de Mac-Leod, une balle faussa la cuirasse d'un soldat et provoqua une fracture des 5ᵉ, 6ᵉ cartilages costaux gauches, près du sternum. Les causes *indirectes* semblent être les plus ordinaires : chute d'un lieu élevé sur le côté, choc sur le côté, serrement entre un mur et une voiture, ou dans une étreinte vigoureuse (cas de Bourneville).

Les fractures *indirectes* des cartilages costaux sont dues au redressement de l'arc sterno-vertébral. Pour Gurlt, il y aurait décollement du cartilage de sa côte ; mais ces cas ne sauraient être rangées parmi les fractures. Pour prévenir ce décollement, au lieu de moindre résistance de l'arc, il faut qu'il y ait soudure plus intime entre les deux parties de ces côtes ; ceci cadre bien avec l'opinion de Bennet, l'ossification étant plus précoce aux extrémités du cartilage. Mais ce n'est pas loin de ce point d'union que le trait se trouve ; il est en général à 7 ou 8 c. du rebord sternal. Dans une observation de Bennet, il semblait, à première vue, qu'il n'y avait qu'une simple luxation, mais on trouva la cupule articulaire de la côte, remplie par un fragment arraché du cartilage. Dans les fractures par *serrement*, le mécanisme est un peu différent. Ici, l'arc costal osseux, étant maintenu, c'est sur l'arc costal cartilagineux, que porte l'effort. Dans le redressement de cet arc, le maximum de courbure ne siège pas en son milieu, mais plus près de son extrémité costale. Dans les fractures par cause *directe*, le trait est en rapport avec le lieu d'action du choc ; mais, il faut aussi tenir compte du volume de l'agent vulnérant. La division siège en général, plus près du sternum. Les fractures du premier cartilage costal ont un mécanisme un peu particulier.

Le traumatisme n'atteint pas dans ce cas directement le cartilage, caché sous la clavicule, qui protège la première côte. C'est par le moyen de cet os que se fait la fracture, que la violence agisse de haut en bas ou qu'une chute sur l'épaule en soit la cause.

Lane, qui s'est occupé de ses fractures à propos d'un cas présenté par lui à la Société pathologique de Londres, fait remarquer l'importance des ligaments costo-claviculaires en l'espèce. « Comme la clavicule est fixée par des ligaments, dit-il, une pression verticale est transmise a la première côte par la clavicule (2). » Pour Maisonneuve (3) les chocs sur le moignon

---

(1) Voir *Progrès médical*, n° 42.

(2) Lane ; in *Lancet*, 1884, t. I, p. 426.

(3) Maisonneuve. — Recherches sur les luxations des deux premières pièces du sternum ; in *Archives de médecine*, juillet 1842, page 287.

de l'épaule se transmettraient au sternum par l'intermédiaire de la clavicule. Dans ce mécanisme la fracture du cartilage de la première côte serait consécutive au déplacement du *manubrium*. Féré (1) a montré que la clavicule ne pouvait agir ainsi sur le sternum. Mais il ne nous semble pas que la force transmise serve simplement, lorsque la clavicule résiste, au déplacement de cet os. Comme l'a fait remarquer Féré, lorsqu'un choc se produit sur l'extrémité externe de la clavicule, son bout sternal s'élève, bascule; mais le pivot de la bascule se trouve sur le premier cartilage costal qui supporte tout l'effort. Le choc se décompose en forces secondaires, dont l'une, agit suivant la direction de la clavicule, et l'autre, perpendiculairement à elle. Or, étant données l'orientation des surfaces sterno-claviculaires et la direction de la clavicule, de dehors en dedans et de haut en bas, ces deux forces tendent toutes deux, à appuyer la clavicule sur le premier cartilage costal, et à exercer là toute leur action. La côte, à son tour, agit sur le sternum et peut déterminer sa fracture ou sa luxation, favorisées par l'orientation et la situation de la facette sterno-costale, en arrière du plan antérieur de la première pièce sternale. Ainsi s'expliquerait le déplacement ordinaire du fragment supérieur, en arrière de la deuxième pièce.

Pour Rivington (2), le choc serait transmis par les deux premiers côtes; nous ne comprenons guère comment pourrait agir la seconde, et, de plus, dans les fractures du sternum, on ne trouve pas mentionnée la fracture du deuxième cartilage costal, alors que la fracture du premier est à peu près constante.

Le *trait* des fractures des cartilages costaux est perpendiculaire à leur direction, et la tranche de la fracture est parfaitement lisse et régulière. Cette dernière particularité serait due, suivant Bennet, à l'état filamenteux du cartilage qui se *cliverait* suivant la direction ordinaire de la section, dans ces fractures. Et, de fait, dans notre cas, ce clivage était manifeste. Les fractures, à trait *oblique*, sont excessivement rares, et pendant longtemps on n'en a cité qu'un seul exemple, celui de Manuel. Bennet vient d'en ajouter un cas, et nous pouvons en citer un autre, celui de Savard, observé dans le service de M. Terrier en 1879. Dans ces deux cas, fait important, la fracture était associée à une fracture du sternum; dans l'observation de Bennet, la fracture coupait transversalement le sternum, allant du 3e espace intercostal gauche jusqu'à la jonction costo-sternale du 3e cartilage, à droite; en ce point, la fracture pénétrait le cartilage, le traversant obliquement, jusqu'à son bord supérieur, à 1/2 pouce du sternum. Dans celui de Savard, le trait allait obliquement, à travers le sternum, du 4e cartilage costal droit, au 5e cartilage costal gauche, où le trait se poursuit. Il est difficile d'expliquer le mécanisme de ces fractures. Le malade de Savard avait été écrasé par une voiture, lui passant sur le dos obliquement, des fausses côtes d'un côté, vers l'épaule du côté opposé. Il est probable que la pression, agissant sur le sternum, a amené par flexion forcée la rupture de cet os, arrachant en même temps un fragment du cartilage, faisant corps avec lui. Dans l'observation de Bennet, un charretier avait été serré entre un mur et sa charrette; la fracture encore ici a pu se produire par le même mécanisme.

Ordinairement, chaque cartilage ne porte qu'une fracture. On a vu cependant deux traits de fracture séparant un fragment (obs. de Cavasse). Il peut y avoir des fractures incomplètes.

Rarement un seul cartilage est atteint. Les fractures de la première côte semblent toutefois s'observer surtout isolées. Dans le cas de Bourneville, il existait une double fracture symétrique des 7e cartilages.

Tous les cartilages des côtes peuvent être fracturés, sauf ceux des côtes flottantes, quoique Riedinger les cite parmi les fractures observées; nous n'en avons pas rencontré d'exemple.

Les cartilages les plus souvent atteints sont d'abord, par fréquence à peu près égale, et souvent associés, les 7e et 8e; puis, les 6e, 9e, 5e, 4e. Nous ne connaissons que trois observations de fracture du premier cartilage, une est due à Magendie, une à Lane, la 3e est au musée de Guy's Hospital. Cette rareté est évidemment due à sa position. Lane (1) a décrit une articulation qui se formerait dans le cartilage de la première côte, à mesure que celui-ci s'ossifierait, pour lui rendre, par une sorte d'artifice, la souplesse que l'envahissement calcaire lui fait perdre. Nous avons vainement cherché cette articulation chez plusieurs sujets âgés, et nous croyons que le cas présenté à la Société Pathologique de Londres était une pièce anormale, probablement une pseudarthrose, en tous cas une exception. Sur trois observations, deux fois elles étaient associées à des fractures de la première pièce du sternum; Riedinger écrit même qu'il y a toujours coexistence des deux fractures.

Dans la plupart des cas, il y a déplacement des fragments. Ce déplacement se fait surtout suivant l'épaisseur. Magendie (2) qui en a, le premier, étudié la fréquence et le mode de production, croyait qu'il était constant, et que le fragment sternal était toujours en avant du fragment externe; il expliquait cette disposition, et sa régularité, par l'action des digitations du muscle triangulaires du sternum. Delpech (3), le premier, cite, sans détails, un fait contraire à la théorie de Magendie, et depuis l'on a observé d'autres faits semblables. Delpech, en même temps qu'il signalait cette violation de la loi de Magendie, en donnait la raison. « Si la fracture a lieu près du sternum, le fragment interne se porte en avant et croise l'externe; le contraire arrive si la fracture a lieu près de la côte. On peut attribuer ce phénomène à l'action des digitations correspondantes des muscles triangulaires du sternum et à leur insertion sur l'un ou sur l'autre des fragments (*loc. cit.*). Bennet adopte complètement cette explication et prétend avoir trouvé une pièce qui, en démontre péremptoirement la justesse. « On ne peut, dit-il, ramener le fragment postérieur à sa place, à cause de la rigidité musculaire, due à l'alcool, comme il était fixé par la raideur cadavérique. Nous avons enlevé les parties sans changer la déformation, et nous avons fixé les muscles dans leur état de contraction. Ces muscles, ce sont ceux à qui Magendie a attribué le déplacement. » (4).

Le fragment sternal est, en effet, le plus souvent en avant du fragment externe; mais la règle formulée par

(1) Féré. — *Notes pour servir à l'étude des fractures du sternum*; in *Progrès médical*, 1880, p. 60.

(2) Rivington. — Remarks on Dislocation of the first and second pieces of sternum; in *Medico-Chirurg. Transactions*, vol. VII. Londres, 1874.

(1) Lane. — *Pathol. Soc. of. London*; *Br. Med.* t. I, 1882, page 458.

(2) Magendie. — *Loc. cit.*

(3) Delpech. — *Précis élémentaire des maladies réputées chirurgicales*. Paris, 1811, t. I, ch. III, p. 237.

(4) Bennet. — *Proceedings of the Pathological Society of Dublin*, 17 février 1877.

Delpech n'est, elle-même, pas absolue. L'on voit des fractures, près du sternum, et dont le fragment interne postérieur est inversement. Si les muscles peuvent jouer un certain rôle pour maintenir le déplacement, il est surtout, comme l'a fort bien dit Malgaigne, sous la dépendance des diverses conditions du traumatisme, aidées par l'élasticité des arcs costaux.

A part la direction et les caractères du trait de fracture, les observations s'étendent peu, sur les autres détails de leur anatomie pathologique. Cependant, un fait à noter, c'est qu'elles semblent être toutes, sous-périchondrales ; la périchondre est intact et forme un manchon qui maintient les fragments. Il est décollé du cartillage, sur une plus ou moins grande étendue et une observation de Bennet est particulièrement intéressante à ce point de vue. Dans ce cas, le périchondre était détaché sur une longueur plus grande, en arrière qu'en avant. Ce fait peut expliquer une particularité observée sur les fractures consolidées de cartilages costaux. Lobstein (1), le premier, puis Magendie, montrèrent ces fragments réunis par un anneau osseux, et le premier de ces auteurs ajoute, que cet anneau est plus grand à la face postérieure et sur les bords, que sur la face antérieure. Sur notre pièce cette particularité était manifeste. Depuis lors, tous les classiques ont confirmé les descriptions de ces auteurs. Malgaigne, qui avait examiné ces fractures sur des coupes, a, en outre, remarqué, que « la virole envoie entre les surfaces des cartilages, une lame osseuse, qui les tient réunis et détachés, tout à la fois. » Ce coin osseux, se voit parfaitement bien sur une de nos figures. Mais l'union n'est-elle qu'osseuse ? C'est l'opinion de la majorité des auteurs, et Ollier, dans son *Traité de la Régénération des os*, niait toute participation du cartilage à l'union des fragments. Cependant, des faits d'anatomie macroscopique, déjà anciens, et des examens histologiques récents, semblent démontrer cette soudure cartilagineuse. Sur notre pièce le cartilage participe évidemment à l'union : entre les deux coins osseux, formant sablier, se trouve un petit pont cartilagineux, indépendant des deux pointes osseuses. Broca avait indiqué, lui aussi, cette union par un tissu indépendant de la virole osseuse ; mais il n'y trouva point de cellules cartilagineuses.

Cette union de deux cartilages par du tissu cartilagineux, démontrée expérimentalement par Malgaigne, sur de jeunes chiens, a été mise en évidence, chez l'homme, par Malassez en 1869, et par Bennet en Angleterre en 1874. Malassez a pratiqué l'examen histologique d'une pièce présentée par Bassercau à la Société anatomique, et a trouvé dans le cal, du tissu fibro-cartilagineux. (3)

Le travail de Malassez n'est mentionné ni par Bruns, dans l'article *Guérison des fractures des cartilages*, ni par Riedinger à l'article *Fractures des cartilages costaux* de la *Deutsche Chirurgie* parue en 1886 et 1888.

Bennet, dans un mémoire, où il ne cite pas du reste le travail précédent a, donné une série de figures, qui montrent bien, les différentes couches du cal osseux et cartilagineux, et l'envahissement de ce dernier par les sels calcaires. La guérison de ces fractures se fait donc par deux procédés. Le périchondre, agissant comme un périoste, entoure la fracture d'une virole osseuse et en comble les vides. C'est à lui que revient la plus grande part dans la consolidation. Si la virole osseuse est plus épaisse en arrière qu'en avant, c'est qu'en arrière, le périchondre se décolle plus largement, et offre une surface de réparation plus étendue. Si ces deux processus n'ont pas été plus nettement distingués, c'est que l'on a, presque toujours, examiné des pièces trop fraîches ou bien trop anciennes où l'envahissement calcaire avait tout confondu.

Nous n'avons qu'une observation permettant de juger, au bout de combien de temps, la consolidation est faite ; cette observation est encore dans une communication de Bennet (1). Le malade sortit, ayant un cal solide, au bout de trois semaines.

Nous passerons sur les symptômes. Une douleur vive et fixe, une certaine gêne de la respiration, tels sont les signes rationnels des fractures simples. Mais la déformation est souvent assez nette, visible surtout quand on regarde le malade de profil. Il n'y a pas de crépitation. Le doigt peut apprécier les rapports des fragments, et un fait qu'on trouve mentionné dans beaucoup d'observations, c'est la facilité de la réduction, mais aussi la grande facilité de la reproduction du déplacement.

On n'a pas d'exemple de fractures compliquées des cartilages costaux.

Les complications sont moins fréquentes que dans les fractures de côtes. On observe plus rarement l'emphysème sous-cutané. Dans le cas de Mac-Leod, il se fit une rupture du ventricule gauche ; dans les cas de Reed et Duguet, on trouva les plèvres pleines de sang. Dans une observation rapportée par Le Gros Clark (*loc. cit.*, p. 206), la fracture fut accompagnée d'une hernie du poumon. Le malade avait été frappé par un timon ; le 2e cartilage costal fut *fracturé et enfoncé*, laissant une dépression, où une tumeur apparaissait à chaque inspiration, pour disparaître à chaque expiration, laissant un vide capable de contenir deux onces de liquide. Guérison au bout de 3 semaines, mais avec une dépression, à peu près comblée par des exsudats plastiques.

En somme, les fractures des cartilages costaux sont simples, et leur importance dépend surtout, de la violence faite au thorax.

Leur diagnostic est facile ; le siège, la déformation, la réductibilité des fragments à l'inspiration, permettent de les reconnaître ; alors même qu'il n'y aurait pas de déformation, le siège, et les signes d'une fracture de côte, sans crépitation, permettent de les reconnaître, et il nous semble inutile d'user du procédé conseillé par Stimson, et d'enfoncer une aiguille, pour savoir si les fragments sont osseux ou cartilagineux. Mentionnons enfin, pour mémoire, l'absence congénitale d'un cartilage qui fut, une fois, l'occasion d'une erreur de diagnostic de la part de Bennet, chez un homme ayant eu un traumatisme du thorax.

Il ne faut guère espérer d'obtenir le maintien de la réduction, et un simple bandage contentif suffira à soulager le malade et à favoriser sa guérison.

Tous les auteurs s'accordent à reconnaître l'extrême rareté des luxations de l'appendice xiphoïde, quoique Turner ait écrit « qu'il peut être souvent déprimé par une violence extérieure et comprimer l'orifice supérieur de l'estomac (2) ». Maisonneuve, dans son mémoire sur les luxations du sternum, n'en parle pas. Servier, dans le *Dictionnaire Encyclopédique*, en cite 4 cas. Le fait

(1) Lobstein. — *Anatomie Pathologique*. t. II. p. 339.
(2) Malgaigne. — *Traité des Fractures*.
(3) Malassez ; in Bassereau. *Soc. anat.*

(1) *Dubl. med. J.*, octobre 1877.
(2) Cité dans l'Art. de Paland in Helme's Surgery.

de Martin et celui de Billard, sont cités dans Malgaigne; le second cas est célèbre par l'opération qui fut pratiquée pour redresser l'appendice. Une troisième observation est de Gallez; une quatrième, est celle de Polaillon. Dans les 3 premiers cas, la luxation se produisit à la suite d'un traumatisme, coup et chutes sur un corps dur. Dans l'observation de Polaillon, rapportée à la *Société de Chirurgie* en 1877, la luxation se produisit au 7[e] mois d'une grossesse. Il existe une cinquième observation, qui a échappé à cet auteur, c'est celle mentionnée dans le *Traité des Fractures et Luxations*, d'Hamilton : un homme tombe sur un chandelier et se luxe l'appendice ensiforme. Notre observation doit-elle être rangée parmi ces luxations? nous ne le pensons pas. Il nous semble évident qu'il n'y a pas là, une luxation proprement dite, mais une disposition anatomique congénitale. Humphry (1) a dessiné dans son Anatomie, une pièce où les deux 7[e] côtes se rejoignent, au devant de la deuxième pièce du sternum, et entre les deux extrémités costales existait une bourse séreuse. Notre cas est comparable; seulement, ici, les deux côtes se rencontrant plus bas, ont séparé l'appendice du corps de l'os.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La Policlinique de Vienne.

Parmi les questions qui dans l'enseignement de la médecine à Vienne intéressent le plus l'étudiant étranger, il faut certainement mentionner en première ligne l'organisation de la Policlinique. A Vienne, l'enseignement officiel de la médecine est pour ainsi dire concentré à l'hôpital général. Dans cet immense établissement qui peut contenir trois mille malades, se trouvent réunis les différents services que nécessite une ville de l'importance de Vienne. Il existe bien deux ou trois autres hôpitaux, mais dont le rôle est fort secondaire et qui ne servent en rien, d'ailleurs, à l'enseignement de la pratique médicale.

Quelle sera donc la conduite à tenir pour l'étudiant viennois. Son choix sera certes bien vite fait, ou plutôt il n'aura même pas de choix à faire. Deux professeurs de pathologie interne, deux professeurs de pathologie externe, un professeur pour chacune des branches de la médecine, voilà dans quel cercle il devra se mouvoir dans tout le cours de ses études. Ce n'est pas que cet enseignement ne soit supérieur : avec des maitres tels que Nothnagel, Bamberger pour la médecine, Billroth, Albert pour la chirurgie, Neumann pour la syphiligraphie, Kaposi pour la dermatologie, Schrötter pour la laryngologie, Politzer pour l'otologie, etc., avec de tels maitres, disons-nous, l'enseignement médical à Vienne occupera longtemps encore le rang auquel il s'est si brillamment élevé. Néanmoins, un tel état de choses ne va pas sans entraîner avec lui de sérieux désavantages.

Outre que, au point de vue didactique, il peut y avoir plus d'un inconvénient à ne connaitre sur telle ou telle question que l'opinion d'un seul maitre, quelle que soit d'ailleurs sa haute valeur, il y a de plus dans ce système une grosse lacune inhérente à l'organisation même de l'enseignement de la médecine à Vienne, et pour mieux dire dans tous les pays de langue allemande. Dans ces pays, en effet, les élèves ne pénètrent jamais dans une salle d'hôpital. Un étudiant suit-il par exemple la clinique du P[r] Bamberger, il viendra cinq fois par semaine assister pendant une heure et demie à un cours qui se fera dans un amphithéâtre où se trouveront réunis deux ou trois cents étudiants. Si l'étudiant est au début de ses études, il devra se contenter d'écouter: s'il est sur le point de passer ses examens définitifs, il aura quelque chance d'être appelé par le professeur pour examiner le malade qui sera amené à l'amphithéâtre. Mais ce malade qu'il examinera rapidement et incomplètement, l'étudiant ne le suivra pas; il ne le reverra jamais, heureux encore s'il peut l'examiner sous les regards de trois cents étudiants, détourné à chaque minute de son examen par les questions ou les réflexions du professeur. Ce système est certainement défectueux : il n'est pas nécessaire d'insister plus longtemps sur ce point. Si l'étudiant est appliqué et travailleur, il pourra demander à se faire attacher à un service en qualité d'externe. Il pourra alors pénétrer dans les salles et il fera partie des six ou huit auditeurs qui suivent chaque matin le chef de service dans la visite qu'il fait ordinairement après son cours. Si cet étudiant, qui a ainsi un pied dans le service, réunit les qualités de zèle et de travail et surtout une somme de recommandations suffisantes, il pourra devenir assistant et son avenir est alors assuré. Les points faibles de cette organisation ne sont-ils pas frappants? D'une part, un nombre restreint et insuffisant de chaires magistrales, tenant éloignés des hommes de grand mérite; d'autre part, l'impossibilité pour les étudiants d'avoir un enseignement clinique complet et surtout l'extrême difficulté qu'il y a pour eux d'arriver par eux-mêmes à une situation officielle.

On comprend dès lors à quel besoin répondait la création de la Policlinique et le succès qu'elle a obtenu en peu de temps.

Il y a une quinzaine d'années, quelques privat-docenten (titre répondant si l'on veut à celui d'agrégé en France), quelques professeurs de l'université sans service hospitalier, se réunirent pour créer un enseignement privé et mettre leurs soins au service de la population indigente de Vienne. Les débuts furent modestes et l'installation se fit dans un local prêté par l'un d'eux. Bientôt cette institution prit un développement de plus en plus considérable, au point d'occuper aujourd'hui les quatre étages de l'immeuble primitif, qui est connu sous le nom de Policlinique império-royale de Vienne. Par suite de l'extension que prit cette société, de nouveaux professeurs vinrent s'adjoindre aux premiers et actuellement toutes les branches de l'enseignement médical y sont représentées. Pour professer à la Policlinique, il faut être privat-docent, ou professeur de l'université (ces professeurs sont dits professeurs extraordinaires, par opposition aux professeurs ordinaires, titulaires de chaires magistrales et qui seuls font partie du conseil de Faculté). Certains des médecins les plus connus, non seulement à Vienne, mais dans toute l'Allemagne sont des professeurs de la Policlinique. Le tableau suivant montrera quels sont ces professeurs et quelles sont les parties de la médecine qui sont enseignées à la Policlinique.

(1) Humphry. — *The Human Skeleton.*

Professeurs :	*Docenten :*
Stofella, pathol. interne.	Von Hebra, dermatologie et syphilis.
Winternitz, path. interne.	Grunfeld, mal. des voies urinaires.
Von Basch, path. interne.	Maydl, pathol. externe.
Benedict, mal. nerveuses.	Neudorfer, pathol. externe.
Schnitzler, mal. de la poitrine et de la gorge.	Lott, gynécologie.
Oser, mal. de l'abdomen.	Furth, mal. des enfants.
Von Frisch, pathol. externe.	Herz, mal. des enfants.
Ultzmann, mal. de la vessie.	Hock, mal. des yeux.
Monti, mal. des enfants.	
Reuss, mal. des yeux.	
Arbantschitsch, mal. des oreilles.	

Quelle est l'organisation intérieure de la Policlinique ? Tous les malades, quelle que soit leur affection, y trouvent des soins gratuits : il suffit d'être indigent pour pouvoir se faire traiter à la Policlinique. Les malades ne reçoivent, en général, qu'une consultation et, s'il y a lieu, les premiers pansements ; mais si le cas l'exige, ou si le médecin traitant s'intéresse à leur affection, ils peuvent être soignés dans l'établissement. Il existe, en effet, plusieurs chambres où peuvent être soignés douze ou quinze malades ainsi que dans un hôpital. Les malades y ont chaque jour les soins du médecin qui les a fait entrer et ils sont sous la surveillance continue et éclairée de garde-malades attachées à l'établissement. Aussi les demandes d'admission sont-elles nombreuses et beaucoup de malades ne peuvent arriver à se faire soigner à la Policlinique. Les soins matériels y sont parfaitement entendus et le nombre des malades augmente chaque jour, qui préfèrent le traitement de la Policlinique à celui de l'hôpital. Lorsqu'un malade est trouvé trop souffrant et que les lits manquent dans l'établissement, on lui conseille de faire appeler un médecin chez lui ou de demander son admission à l'hôpital général. C'est donc surtout une consultation externe que l'on trouve à la Policlinique. C'est un spectacle intéressant que de voir à chaque moment de la journée une foule de malades gravir l'escalier de la Policlinique, venant y consulter pour les affections les plus diverses, les plus banales, comme aussi les plus extraordinaires. La réputation de cet établissement est telle que l'on y donne par an plus de quarante mille consultations. Lorsque le cas l'exige, les opérations les plus sérieuses y sont faites, soit dans des salles spéciales (services des maladies des voies urinaires, des yeux, du larynx, par exemple), soit dans une salle d'opération installée suivant les dernières règles de l'antisepsie, suivant les progrès les plus récents de la chirurgie moderne. Le plancher en asphalte est à chaque instant lavé avec des solutions phéniquées ; les soins les plus minutieux président à l'entretien des instruments ou des différents objets de cette salle.

A chaque service est adjoint un assistant chargé d'aider le professeur, de le remplacer en cas d'absence et cela non seulement dans la pratique, mais aussi dans l'enseignement ; puis un ou plusieurs étudiants chargés d'écrire les ordonnances, de prendre les observations intéressantes, de faire les pansements, etc. A chaque service aussi est attachée une infirmière, qui n'est d'ailleurs occupée à l'établissement que dans la journée, ou même pendant la consultation du professeur.

Les professeurs choisissent en effet une heure pour leur consultation, c'est-à-dire pour leur conférence clinique et c'est là une des particularités les plus heureuses de l'enseignement de la Policlinique. De sept heures du matin à six heures du soir, un étudiant peut trouver à la Policlinique un cours pratique à suivre. Ces cours, ainsi que cela est la règle dans toutes les universités allemandes, sont des cours payants, mais le prix est, somme toute, peu élevé. Si l'on ajoute que l'étudiant étranger est sûr de trouver à la Policlinique l'accueil le plus aimable, l'urbanité la plus parfaite, on comprendra comment la Policlinique est fréquentée par presque tous les étudiants qui se trouvent à Vienne. Pour notre part, ce n'a pas été sans regret que nous avons quitté les professeurs Hebra, Grünfeld, Ultzmann que nous ne saurions trop remercier pour leur accueil sympathique et pour les savantes leçons auxquelles ils ont bien voulu nous laisser assister.

Chaque professeur soigne en moyenne par an de 1,500 à 2,000 malades : on voit dès lors de quels éléments il dispose pour l'enseignement, et, de fait, cet enseignement est actuellement des plus suivis.

L'enseignement est absolument privé : les professeurs, qu'ils soient privat-docenten ou professeurs extraordinaires, appartiennent bien comme tels à l'Université, mais la Policlinique est tout à fait indépendante de cette dernière. Les professeurs se réunissent pour former une sorte de conseil d'administration : la Policlinique est placée sous le contrôle du Ministre de l'intérieur ; mais c'est là, il faut le répéter, un établissement dû à l'initiative privée, dans lequel en dehors du conseil des professeurs, personne ne vient s'immiscer et qui donne à la fois l'enseignement aux élèves, les soins aux indigents.

Chaque malade qui entre dans un service reçoit une fiche sur laquelle il inscrit son nom, son domicile, etc. Un étudiant du service y ajoute le diagnostic de la maladie, et le malade en sortant remet cette fiche à un bureau spécial où on les collationne pour la statistique. De plus, dans chaque service, il existe un protocole où sont inscrits tous les malades qui se sont présentés dans l'année, avec une note sommaire sur l'affection dont ils sont atteints et s'il y a lieu avec leur observation.

Sauf quelques médicaments peu importants, les malades ne reçoivent qu'une ordonnance qu'ils font exécuter à leurs frais. La Policlinique est actuellement dans une ère de développement et le moment n'est pas éloigné certainement où les malades pourront y recevoir les médicaments nécessaires à leur traitement. Pour l'instant, les frais nécessités par l'agrandissement de la Policlinique, par l'achat des instruments, par l'entretien du personnel ou des malades soignés à l'infirmerie de la Policlinique, tous ces frais, disons-nous, absorbent les revenus de l'établissement. Ce n'est pas une des questions les moins intéressantes que cette étude financière de la Policlinique. En quinze ans, par suite de dons anonymes ou officiels, la Policlinique est arrivée à posséder un capital de près de 200.000 florins. Actuellement, on tient à honneur à Vienne de participer à l'entretien de la Policlinique et l'Empereur, qui n'est jamais le dernier à donner quand il s'agit d'une bonne œuvre.

se fait inscrire chaque année pour 200 florins. En somme, l'avenir de la Policlinique au point de vue financier est complètement assuré; son extension quant au nombre des malades qui viennent s'y faire soigner est rapide; le développement qu'elle va prendre dans l'enseignement est encore plus considérable. Il est question, en effet, de placer la Policlinique sous le patronage de l'Université et de donner ainsi à cet enseignement privé la consécration officielle.

Telle est, en résumé, l'organisation de la Policlinique de Vienne. Cette sorte d'institution n'est pas très rare, on le sait, en Allemagne et en Autriche : il est même à Berlin quelques policliniques qu'il serait intéressant d'étudier et que nous nous proposons de décrire un jour; mais, il faut le dire, le type achevé de ces établissements est la Policlinique de Vienne. Elle y rend de véritables services qui sont chaque jour davantage appréciés : cette Policlinique est certainement l'un des points qui méritent d'être signalés dans l'enseignement de l'Ecole de Vienne.

Ce n'est pas à dire que le besoin d'une telle création se fasse sentir chez nous où l'étudiant est sûr de trouver dans les hôpitaux de Paris l'enseignement le plus complet et le plus varié, et les malades les soins les plus éclairés et les plus dévoués, mais le développement qu'a pris la Policlinique de Vienne prouve, qu'en dehors des soins de l'hôpital, les malades demandent volontiers à la pratique privée le soulagement de leurs souffrances et qu'ils sont très heureux de trouver en dehors des heures de l'hôpital un établissement où ils peuvent se présenter en toute confiance.

Si donc l'on créait à Paris des consultations externes et notamment ces consultations de l'après-midi, comme il en a été question, si l'administration de l'Assistance publique modifiait l'organisation de quelques-unes de ses consultations d'hôpital, c'est, sans contestation aucune, la Policlinique de Vienne qu'il faudrait prendre comme modèle.

Nous avons vu, en outre, que par suite de l'organisation de l'enseignement médical en Allemagne et en Autriche, la Policlinique répond à un véritable besoin, les étudiants y trouvant des avantages qu'ils ne rencontrent souvent pas dans l'enseignement officiel. C'est à ce titre surtout qu'il nous a paru intéressant de faire connaître ici la Policlinique de Vienne.

Dr Paul Raymond.

A propos du Sulfonal.

En même temps que l'article de notre correspondant M. Garnier (voy. *Progr. méd.* du 13 octobre) sur le *Sulfonal* paraissait une série de travaux allemands relatifs aux propriétés thérapeutiques de cette substance : nos lecteurs nous sauront gré de les tenir au courant de la question. C'est d'abord une communication originale de M. Mathes, un élève du professeur Ziemssen, publiée dans le dernier numéro du *Centralblatt für klinische Medicin*. M. Mathes, qui prépare sa thèse inaugurale sur l'action hypnotique du nouveau médicament prend date, dans le journal allemand, en énumérant les principaux résultats de ses recherches. Il a administré le sulfonal à des tuberculeux, à des cardiaques, à des méningitiques, à des alcooliques délirants, à des anémiques, à des malades atteints de pyrexies infectieuses, de cirrhoses, de tabes dorsal, ou de névralgies, etc., etc... Bref, il a essayé le remède à la mode dans tous les cas qui se sont présentés à son observation, sans distinction. Cette façon de procéder ne peut être blâmée ; elle a d'abord démontré l'innocuité du Sulfonal, prescrit à de certaines doses, chez tous les sujets mis en expérience. Il n'est pas indifférent d'apprendre que les cardiaques, par exemple, supportent sans inconvénient la même quantité du médicament que les phthisiques (l'on n'en pourrait dire autant du chloral). Puis il résulte d'une pareille statistique ce résultat brut, que le sulfonal a une action hypnotique *complète* 72 fois sur cent, *incomplète* 9,25 fois sur cent, et *nulle* 18 fois sur cent; que 19 fois sur cent il produit des manifestations *accessoires;* enfin que, la plupart du temps, il agit la seconde nuit mieux que la première (voilà, si le fait se confirme, une supériorité marquée sur la morphine et les dérivés de l'opium en général).

En quoi consistent les manifestations dites accessoires? Simplement en bourdonnements d'oreilles, céphalalgie légère, étourdissements, fatigue générale, et exceptionnellement en vomissements. Mais, par contre, on n'observe ni troubles cardiaques ou respiratoires, ni modifications de l'appétit ou de la digestion. C'est, comme on le voit, presque la perfection, si l'on tient compte de ce fait que les phénomènes dont il s'agit sont tout à fait rares. Voici d'ailleurs les conclusions de l'auteur :

1° Le sulfonal est un agent hypnotique utile, quoiqu'il ne soit pas toujours absolument efficace.

2° Il présente sur les autres agents hypnotiques l'avantage de n'avoir ni odeur ni saveur et de n'exercer aucune influence sur les organes essentiels à la vie.

3° Il ne provoque d'effets fâcheux que dans un très petit nombre de cas; et le pire de tous est la plupart du temps insignifiant.

4° La dose est variable et dépend de la susceptibilité individuelle. Le plus souvent un gramme suffit pour déterminer le sommeil sans manifestations accessoires. Lorsque celles-ci se produisent, il n'y a qu'à diminuer la dose.

5° En raison de la lenteur de l'action du médicament, il convient de l'administrer au moins une heure avant le moment du sommeil.

6° Lorsque l'insomnie est le fait d'une toux irritante ou de douleurs non franchement névralgiques, l'emploi du sulfonal est contre-indiqué. Dans beaucoup de névralgies vraies, il semble au contraire devoir être prescrit utilement.

Notons en passant que M. Mathes partage l'opinion de Salgo (*Wiener med. Wochenschrift*, 1888, n° 22) relative au peu d'action sédative du sulfonal sur la manie et le délire. Notre correspondant, M. le Dr Garnier, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de la Charité (Nièvre) pense que le sulfonal paraît avoir un avenir assuré dans la thérapeutique des aliénés. Cette appréciation, conforme à celle de Rabbas (de Marbourg), ne vise évidemment que l'effet hypnotique du médicament nouveau.

Rosenbach, Rosin, Ostreicher, Cramer, Schwalbe, Kast, Schmey, Frænkel (1) confirment, d'après les résultats de leur expérience personnelle, les faits qui précèdent. Ils proclament l'efficacité remarquable du sul-

(1) Voy. *Centralbl. f. klinische Medicin*, n° 41, 1888.

fonal comme agent d'un sommeil artificiel absolument comparable au sommeil naturel. Ce sommeil, après l'absorption d'une dose de 2 à 3 grammes dure en général de 5 à 6 heures, sans la moindre modification du pouls et de la respiration. Ils déclarent le médicament supérieur au chloral, à la paraldéhyde et à tous les autres, n'était son prix élevé.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 15 *oct.* 1888.— Présidence de M. Descloizeaux.

M. Marey lit une note sur les *modifications de la photochronographie pour l'analyse des mouvements exécutés sur place par un animal.* Il est très intéressant, en effet, de pouvoir décomposer ainsi, dans les phases successives, des mouvements qui s'accompagnent d'une translation trop lente ou qui se font sur place, par exemple le maniement des armes ou des outils chez l'homme. La méthode de Muybridge donnait ces résultats à l'aide d'appareils différents, placés en série et fonctionnant successivement. Mais il vaut mieux prendre d'un point toujours le même la série des images d'un objet; on y arrive en déplaçant la surface sensible de l'appareil, ou bien en imprimant à l'image une translation, de sorte qu'elle puisse se produire en des points différents de la plaque immobile. Cette seconde manière de faire lui a donné des résultats très curieux; il y arrive à l'aide d'un miroir tournant recevant les rayons émanés de l'objet et les réfléchissant dans l'appareil. Le miroir tourne par l'intermédiaire d'un mouvement d'horlogerie, dont on peut régler la marche à volonté. En se servant de ce procédé, M. Marey a pu étudier le mécanisme de la natation des Poissons placés dans un aquarium bien éclairé.

M. Dubois adresse un travail sur quelques *phosphates doubles d'Yttria, de potasse et de soude.*

MM. Mourgues et Gautier (A.) communiquent la suite de leur mémoire sur les *alcaloïdes de l'huile de foie de morue.* Ils décrivent les deux bases fixes qui accompagnent les alcaloïdes volatils. Ce sont l'*Aselline* ($C^{25} H^{32} Az^4$) (d'*Asellus major*, grande morue) et la *Morrhuine* ($C^{19} H^{27} Az^3$) (de *Gadus morrhua*, morue ordinaire. Il existe encore dans les produits du foie des *Gadus* d'autres composés intéressants.

M. Fauconnier envoie une note sur la *Propylphycite*, alcool tétratomique, homologue inférieur de l'érythrite, dont la formule est $C^6 H^{14} O^4$.

MM. Charrin et A. Ruffer envoient un travail sur l'*élimination par les urines des matières solubles vaccinantes fabriquées par les microbes en dehors de l'organisme.* (Voir *Soc. de Biologie*, n° 42).

M. Hayem fait présenter par M. Charcot un mémoire intitulé : *Nouvelle contribution à l'étude des concrétions sanguines par précipitation.* Conclusions : L'introduction d'un sang étranger dans les vaisseaux d'un animal amène une action réciproque des deux sangs l'un sur l'autre, d'où résultent des modifications profondes des éléments figurés (formation de concrétions par précipitation : altérations diverses des hématies avec dissolution de l'hémoglobine). Dès que la transfusion est ainsi faite, il se produit des amas d'hématoblastes en masses granuleuses compactes. Il s'y ajoute des globules blancs et quelques rouges. Ainsi naissent de petits caillots qui rendent le sang grumuleux et oblitèrent des petits vaisseaux; d'où hémorrhagies par embolies. La mise en liberté de l'hémoglobine n'est pas la cause productrice des concrétions par précipitation. La façon dont meurent ainsi les animaux est variable ; tout dépend de la localisation des concrétions. Quand on dépouille le sang des hématoblastes, les transfusions ainsi faites diminuent la coagulabilité du mélange sanguin : parfois il peut être incoagulable (cheval à chien). Les conséquences d'un tel conflit qui a lieu entre deux sangs peut éclairer la pathogénie des maladies hémorrhagipares d'une manière facile à saisir. Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 20 *octobre* 1888. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M. Charrin et Ruffer répondent à la question qui leur avait été posée dans une précédente séance par M. Chauveau, à savoir si les substances morbifiques, celles qui par exemple, dans la maladie pyocyanique, sont capables de produire la paralysie pouvaient se retrouver dans les urines en même temps que les substances qui confèrent l'immunité, ou si, au contraire, elles étaient retenues dans le corps de l'animal. Des expériences entreprises récemment prouvent que si l'on injecte dans le corps des lapins des cultures stérilisées du bacille pyocyanique, non-seulement les substances vaccinantes, mais encore les substances morbifiques sont capables de traverser l'organisme et de s'éliminer par voie rénale au moins en partie.

M. Kauffmann a fait des expériences sur la disparition de l'excitabilité du nerf sciatique après ligature de la cuisse chez la grenouille, le nerf n'étant pas individuellement compris dans cette ligature. De ses recherches, il résulte que dans ce cas l'excitabilité motrice disparaît du centre vers la périphérie, tandis que l'excitabilité sensitive disparaît par segments successifs de la périphérie au centre.

M. Brown-Séquard a déjà démontré qu'en supprimant la circulation dans un membre on supprimait également l'excitabilité nerveuse. Cette excitabilité disparaît lorsque les terminaisons nerveuses ne sont plus suffisamment arrosées par le courant sanguin.

M. Kauffmann ne souscrit pas à l'interprétation de M. Brown-Séquard, car c'est la partie supérieure du nerf, celle qui est encore suffisamment irriguée, qui perd la première ses fonctions. Peut-être s'agit-il simplement d'une action inhibitoire du nerf moteur sur lui-même. Quant au nerf sensitif, il serait véritablement imprudent d'émettre même une théorie.

M. Gréhant a fait des recherches sur la destruction des animaux nuisibles par les vapeurs toxiques. En ce qui regarde les lapins, il a constaté que ces animaux étaient fort réfractaires à l'acide carbonique et à l'oxyde de carbone. Ils sont au contraire très sensibles aux vapeurs de sulfure de carbone. On se trouvera donc bien d'introduire dans les terriers une petite quantité de sulfure de carbone liquide, dont les vapeurs ne tarderont pas à asphyxier les Rongeurs qui les habitent. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 23 *octobre* 1888. — Présidence de M. Hérard.

M. le Secrétaire perpétuel donne lecture du *programme* d'un *prix* fondé en Russie et consistant en 5,000 roubles. Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la *nature du poison qui se développe dans le poisson salé non cuit.* Le programme est ainsi rédigé : 1° Définir par la voie d'expériences exactes, la nature, tant physique que chimique, du poison qui se développe dans les poissons ; 2° Etudier, en expérimentant sur les animaux, l'effet de ce poison sur le cœur, la circulation du sang, les organes digestifs et le système nerveux ; 3° Déterminer la promptitude de l'absorption du poison par les organes digestifs ; 4° Etudier et décrire les signes caractéristiques dont on pourrait se servir pour distinguer le poisson contaminé de celui qui ne l'est pas ; 5° Indiquer les moyens pour préserver le poisson contre le développement des éléments toxiques ; 6° Indiquer le contrepoison et les moyens de secours médicaux à donner aux personnes empoisonnées. Les ouvrages devront parvenir, au plus tard, le 1er janvier 1893, au Ministère des Domaines de l'Empire.

M. Ollivier lit une note sur la *contagiosité de la vulvo-vaginite des petites filles*. En général, on regarde la vulvo-vaginite comme le résultat d'irritations mécaniques ou comme la détermination locale d'une maladie générale. Aujourd'hui, M. Ollivier, à l'occasion d'une épidémie qu'il vient d'observer à l'hôpital des Enfants-Malades, signale le caractère contagieux de la vulvo-vaginite. Cette épidémie résulte d'une série d'actes imprudents : les mains des infirmières et les objets servant au nettoyage des enfants furent les agents de cette contagion. Cette contagion cessa dès que les mesures prophylactiques les plus élémentaires furent adoptées, c'est-à-dire le lavage des mains avec un liquide antiseptique, la substitution du coton hydrophile aux éponges, etc.

M. Guéniot présente un *placenta double dans un cas de grossesse simple*. — Les deux disques placentaires sont distincts, égaux en volume et pourvus chacun d'un appareil vasculaire propre qui émane directement du cordon. Chacun des placentas reçoit l'une des artères du cordon et la veine funiculaire est formée par la conjonction. Sur les membranes, de gros troncs vasculaires qui émanent séparément de la substance placentaire. L'examen du cordon s'impose, tant au point de vue clinique qu'au point de vue médico-légal, lorsqu'on se trouve en présence d'un placenta bilobé, d'un placenta double.

M. Hervieux lit son *rapport* officiel sur la pratique de la *vaccine* en France durant l'année 1887.

M. Vidal lit un *rapport* sur le prix Daudet.

A. Josias.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 24 octobre 1888. — Présidence de M. Polaillon.

M. Kirmisson dépose sur le bureau un travail de M. le Dr Pousson (de Bordeaux) sur le *traitement chirurgical des néoplasmes perforants de la voûte du crâne*.

M. Monteil (de Mantes) adresse une observation de *prolapsus utérin* traité par le procédé de Lefort.

M. Delens lit un rapport sur une observation de M. Chavasse (Val-de-Grâce) intitulée : *Ostéomyélite de l'humérus, résection de l'épaule, ostéomyélite du fémur, guérison.* Homme de 21 ans, soldat, qui en mai 1886 fit une chute sur l'épaule. Epanchement de sang incisé. En juillet, abcès et fistules; suppuration abondante. Diagnostic : ostéoarthrite scapulo-humérale. En septembre 1886, on fait la résection sous-capsulo-périostée de la tête humérale. On trouve un séquestre implanté dans l'humérus, la cavité glénoïde saine. Lavages au $HgCl^2$, drainage, etc. Rien de tuberculeux dans le processus. Guérison après suppuration. Quelque temps après, apparition d'une violente douleur dans la cuisse droite, gonflement du membre, fièvre, etc. On diagnostique une ostéomyélite du fémur. Guérison après compression.— M. Chavasse insiste à propos de cette observation sur la forme spéciale du séquestre, la cause de l'ostéomyélite qui est certainement l'infection. Cette ostéomyélite est-elle consécutive au traumatisme, en ce sens que le microbe existait déjà dans le sang lors de l'accident, ou bien est-elle due à une inoculation concomitante de l'incision de l'épanchement de sang? C'est impossible à préciser, mais M. Chavasse penche pour la seconde hypothèse. En tous cas, en raison de la manifestation tardive fémorale, on voit qu'il s'agit là d'un nouvel exemple d'ostéomyélite infectieuse.

M. Quénu a fait il y a cinq ans une résection de l'épaule pour une ostéomyélite. Homme de 22 ans, présentant les symptômes d'une arthrite scapulo-humérale avec abcès sous le grand pectoral. Le canal médullaire huméral fut trouvé rempli d'un pus concret que M. Quénu enleva à la curette. Il transforma ainsi l'humérus en une sorte de drain osseux, allant de la plaie correspondant à la résection à une contre ouverture osseuse faite au-dessus de l'épiphyse inférieure. Il lava cette sorte de drain huméral avec de la solution phéniquée au 1/20e. Tout allait bien quand le malade mourut de fièvre typhoïde. M. Quénu insiste sur l'absence de nécrose de l'humérus privé de moelle.

M. Bouilly tient à répondre à la communication de M. Verneuil sur le *traitement du cancer utérin*. Il admet avec lui que l'amputation partielle de l'utérus pour les cas de cancer est une opération bénigne et que, dans certains cas très restreints, on peut employer l'écraseur ; mais il préfère l'amputation aux ciseaux ou au bistouri. Comment, pour l'utérus cancéreux, M. Verneuil peut-il venir défendre une opération partielle, puisque, pour le sein, la langue, le rectum, il recommande d'enlever le plus qu'on peut. Pourquoi, dans ces cas-là préfère-t-il une grande opération ? Pourquoi, dans d'autres, au contraire, n'est-il pas aussi hardi ? C'est qu'il trouve l'hystérectomie totale trop grave. Mais il ne songe pas que pour le cancer de la langue, etc., on fait aussi des opérations graves. Il n'est pas admissible en théorie que l'amputation partielle vaille mieux que l'extirpation totale de l'utérus. Si, pratiquement, à l'heure qu'il est, l'hystérectomie totale ne donne pas de meilleurs résultats, c'est que c'est une opération encore récente, qui ne peut être jugée aujourd'hui à cause de l'insuffisance des documents ; mais ce n'est pas une raison pour la condamner absolument jusqu'à nouvel ordre. En tous cas, voici la statistique de M. Bouilly : 29 hystérectomies vaginales pour cancer utérin, dont 9 en 1886 avec 3 morts, 8 en 1887 avec 2 morts, 12 en 1888 avec 2 morts. Mortalité générale, 23 %. Les morts de 1886 sont dues à des fautes, cela n'est pas à cacher : 2 péritonites septiques, 1 hémorrhagie. Pour celles de 1887, c'est la même chose : 2 morts par péritonite ; dans un cas la désinfection préalable du vagin avait été impossible; dans l'autre, l'opération avait été beaucoup trop laborieuse. En 1888, il n'en est plus ainsi ; les décès ne sont plus dus aux mêmes causes : 1 par diabète, 1 par pneumonie au 9e jour. En ce qui concerne les guérisons, on a : pour 1886, 6 guérisons opératoires, dont une guérison de 2 ans, 5 récidives ; pour 1887, 6 guérisons opératoires, dont 3 sans récidives (16, 15, 14 mois), 2 récidives, 1 mort après 4 mois; pour 1888, 10 guérisons opératoires, 5 guérisons persistantes jusqu'à ce jour, 5 récidives.

M. Richelot. — Qu'importe que l'hystérectomie totale soit plus difficile que l'amputation partielle de l'utérus ! Si elle est plus efficace, il ne faut pas hésiter à la tenter, car on cherche le plus souvent une cure radicale. Reste en somme à savoir si l'hystérectomie vaginale est, oui ou non, plus efficace que la méthode proposée par M. Verneuil. Or, les statistiques qu'il fournit en faveur de son procédé ne sont pas très encourageantes. En somme, il n'a qu'une guérison authentique. Dans une forme anatomique du cancer utérin, bien spéciale d'ailleurs, l'amputation limitée peut avoir la même valeur curative que l'amputation totale ; c'est dans les cas de cancer de la portion vaginale de la muqueuse du museau de tanche, dans le cancer en chou-fleur. Une sus-vaginale élevée avec résection des parois du vagin peut suffire dans ces formes, qui d'ailleurs s'observent très rarement. Dans les cas de cancers intra-cervicaux, si on se borne à une amputation du col, on laisse très souvent des boyaux cancéreux dans le corps utérin. Voici sa statistique personnelle : 24 opérations d'hystérectomie vaginale pour cancers utérins, dont 15 guérisons opératoires, c'est-à-dire 9 morts. Sur ces 15, il y a deux opérations incomplètes ; donc il ne faut calculer que sur 13. Sur ces 13 cas, il compte 7 malades qui restent guéris depuis 25 mois, etc., 6 qui ont présenté des récidives. M. Richelot termine en insistant sur la marche spéciale de certaines formes de cancers utérins. Etant données deux hystérectomies vaginales identiques pour deux cas identiques cliniquement de cancer du col de l'utérus, dans l'un le cancer peut récidiver, dans l'autre ne pas récidiver ou ne le faire qu'à une période lointaine, sans qu'on sache pourquoi. Cela dépend de l'allure du cancer chez la malade. Pour lui, quand un cancer a marché lentement avant l'opération, après l'opération, s'il récidive, cette récidive est lente à se produire. M. Richelot pense que l'hystérectomie totale a plus de chance de fournir la cure radicale que l'amputation partielle. Si les statistiques ne plaident pas dans ce sens, c'est qu'on a fait ces hystérectomies totales dans des cas de cancers trop avancés et qu'on a rapproché des faits dissemblables.

M. Trélat. — M. Verneuil ne peut exiger, comme pour l'amputation partielle pratiquée depuis longtemps, des sur-

vies de 5 années lors d'hystérectomie vaginale, puisque cette opération n'est faite en France que depuis trois ans.

M. KIRMISSON. — Comment peut-on venir nous parler de cure radicale d'un cancer? Qui en a jamais observé un seul cas? C'est simplement de survie qu'il faut parler, après toute opération faite dans le but d'enlever un tel néoplasme.

M. POZZI ne fait l'hystérectomie vaginale que pour les cancers limités, tout à fait au début de la maladie. Il a 6 cas à son actif, dont 5 guérisons, c'est-à-dire 1 mort après opération. Il a une survie de 2 ans 1/2 sans récidive, et 1 mort par récidive (Voir *An. de Gynécologie*). Il est bien certain que l'hystérectomie vaginale devient de moins en moins grave, à mesure que les chirurgiens la pratiquent davantage. Tel opérateur qui au début perdait beaucoup d'opérés, en perd aujourd'hui bien moins. Schrœder, dans ces 50 dernières opérations, n'a eu que 3 décès. Si l'on était en présence d'une mauvaise opération, à rejeter de suite, cette amélioration ne se produirait pas. Par les statistiques étrangères, il est prouvé que cette opération donne une survie notable; malheureusement il est aussi prouvé que l'amputation partielle donne des survies plus considérables. A quoi cela tient-il donc? Simplement à la façon dont les statistiques ont été faites. On a fait l'hystérectomie totale dans des cas d'une nature toute spéciale. L'anatomie pathologique prouve d'autre part que souvent dans les cas de cancer limité au col il y a un noyau néoplasique dans le corps. Si on n'enlève que le col, n'est-il pas évident que la récidive est certaine. D'autre part, quelquefois, quand le col est atteint par une néoplasie épithéliale, la muqueuse du corps présente une dégénérescence sarcomateuse. Il vaut donc mieux enlever tout l'utérus. M. Pozzi termine par quelques considérations sur le *traitement de certaines métrites par l'amputation du col*. Il reviendra plus tard sur ce sujet.

M. TERRIER rappelle qu'au laboratoire de M. Ranvier M. Poupinel a constaté l'existence d'un noyau cancéreux dans le corps de l'utérus lors de cancer limité macroscopiquement au col. Il ne croit pas qu'il puisse y avoir épithélioma du col et sarcome de la muqueuse du corps. Cette dégénérescence sarcomateuse n'est pour lui que de la métrite. Sa statistique personnelle d'hystérectomie vaginale ne compte qu'une mortalité de 17,8 0/0.

M. BOUILLY fait remarquer que dans les statistiques il ne faut pas confondre et réunir amputation supra-vaginale et amputation sous-vaginale.

M. TRÉLAT. — Les étrangers n'amputent pas leurs utérus à l'aide d'écraseurs.

M. TERRILLON communique une nouvelle série de 35 *ovariotomies* (du 10 novembre 1887 au 10 novembre 1888). Il n'a eu que 3 morts opératoires : 2 par choc, à la suite de désordres opératoires très considérables, l'une après 36 heures, l'autre après 48 heures ; le 3e cas de mort a eu lieu le 18e jour sans péritonite. Une de ces opérées est morte d'étranglement herniaire quelque temps après une laparotomie guérie. Pas d'accidents septicémiques; 6 opérations seulement furent simples. Dans un cas de guérison, il s'agissait d'une hystéro-ovariotomie. Il a enlevé 26 kystes multiloculaires. 5 kystes parovariens, 2 kystes dermoïdes, 2 tumeurs fibro-kystiques. Il a toujours utilisé le lavage du péritoine, a fait le drainage dans 3 cas, employé des instruments ayant été soumis à l'ébullition et a restreint à un seul le nombre des aides. Il se sert depuis quelque temps de catgut stérilisé par la méthode de Reverdin (stérilisation sèche à 130°).

M. LE DENTU montre un malade qu'il a opéré pour un *éléphantiasis du nez*. Cette opération a été faite déjà en 1753 par Ciradier, en France, quoi qu'on en dise à l'étranger, et Ollier (de Lyon) l'a répétée plusieurs fois avant 1873. M. Le Dentu l'a pratiquée déjà 3 fois. Elle consiste en une simple abrasion sans autoplastie. M. Hebra fils pense que la repullulation épidermique qui se produit par ilots de cicatrisation constitue grâce à des restes de culs-de-sac glandulaires non abrasés. Quoiqu'il en soit, il est certain que l'épiderme se reproduit et que le résultat obtenu est bon. L'hémorrhagie est assez abondante. Il faut faire l'antisepsie du nez (boulettes de gaze iodoformées dans les narines, etc.), et avoir soin de panser avec soin les opérés (masque de ouate).

M. KIRMISSON a opéré récemment un malade analogue. La réparation a été remarquable. Les parties périphériques ellesmême atteintes d'acné se sont améliorées. Pour remédier à l'hémorrhagie qui est sérieuse, il emploi le thermocautère.

M. ANGER (Th.) a fait une opération semblable sans autoplastie ; mais l'acné de voisinage a persisté.

M. VERNEUIL. — Il n'y a rien de meilleur que l'extirpation au thermocautère pour les épithéliomas sudoripares. Jamais il ne fait d'autoplastie.

M. ROUTIER a enlevé récemment un épithélioma de ce genre siégeant à la face à l'aide du bistouri. Des sutures au crin de Florence ont suffi pour arrêter l'hémorrhagie.

M. LE DENTU. — Avec le thermocautère, on peut blesser les cartilages du nez, d'où danger de nécrose. Le malade qu'il présente est celui dont il a gratté le médiatin antérieur après résection du sternum.

M. POLAILLON a *enlevé la diaphyse du péroné* à un enfant atteint d'ostéomyélite. L'os s'est reproduit, mais incomplètement; le malade marche bien.

M. KIRMISSON vient de faire la même opération pour un cas d'ostéomyélite insidieuse qu'on aurait pu prendre pour de la tuberculose.

M. ROUTIER montre une jeune fille qui a été atteinte d'un panaris et qui depuis cette époque présente des plaques de sphacèle sur le bras, l'épaule, etc.

M. RICHELOT présente le *défenseur du périnée* inventé par M. le Dr Chassagny.

MARCEL BAUDOUIN.

1er CONGRÈS TRIENNAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS AMÉRICAINS

Congrès de Washington (18, 19 *et* 20 *sept.* 1888) (*Suite*) (1).

Section de médecine (*suite*).

3e *jour*. — 20 septembre.

M. le Dr EDWARD C. SÉGUIN (de New-York). — *Rapports entre les lésions trophiques et les maladies du système nerveux.* Les troubles vaso-moteurs et de nutrition étant mis de côté, l'auteur divise les lésions trophiques en 2 classes : 1° Lésions dues surtout à des influences extérieures ; 2° Lésions semblant causées par la maladie nerveuse elle-même. Celles-ci méritent seules le nom de trophiques et surviennent dans des organes ou des tissus d'une structure semblable et tributaires des mêmes influences nutritives.

Pour M. le Dr HORATIO C. WOOD, les lésions trophiques sont sous l'influence immédiate des troubles nerveux et non précédés de troubles vaso-moteurs.

M. le Dr ORD cite des cas de lésions trophiques qu'il attribue à des troubles réflexes; dans l'un d'eux il y avait de la pachyméningite cervicale.

M. le Dr W. H. WELCH. — *Glande thyroïde du chien.* L'extirpation totale des deux lobes du corps thyroïde ou la ligature des vaisseaux et nerfs qui s'y rendent sont suivies d'une mort rapide chez le chien. Si la même opération se pratique sur un seul lobe, il se produit au niveau du lobe sain un travail d'hypertrophie avec une sorte de retour à l'état embryonnaire; enfin les animaux deviennent maigres, cachectiques et meurent dans l'espace d'un mois. Si on lie seulement les nerfs se rendant aux deux lobes, il se produit une hypertrophie de la glande et souvent la terminaison est fatale.

M. le Dr JACOBI (de New-York). — *Pathologie du thymus.* La communication porte surtout sur la tuberculose de cet organe qui peut revêtir toutes les formes de cette affection, surtout la forme miliaire.

Section de chirurgie.

1er *jour*. — 18 septembre.

M. le Dr HAYES ORGNEW (de Philadelphie), Président. — *Rapports entre la vie sociale et les maladies chirurgicales.* Les transformations que notre siècle a produit dans la vie sociale ont modifié considérablement le développement de l'individu. M. le Dr Orgnew passe en revue toutes les difformités et maladies d'ordre chirurgical qui peuvent être imputées à ces causes : déformations congénitales, acquises par l'enfant à l'école, ou dues à la mauvaise nourriture (rachitisme) déformation des mains, des pieds, du thorax par le corset, etc.

(1) Voir *Progrès médical*, n° 41.

M. le Dr John Orshhorst (de Philadelphie).— *Contribution à l'étude des résections des grandes articulations.* L'auteur a fait 120 résections, parmi lesquelles : 4 de l'épaule (toutes guéries), 19 du coude (6 morts, 13 guérisons), 40 de la hanche chez 37 individus (3 cas de résection nouvelle, 28 guérisons, 11 morts, 1 en traitement), 51 du genou chez 50 malades (46 guérisons, 5 morts), 6 du cou de pied (4 guérisons, 2 morts). M. le Dr Orshhorst n'est pas un partisan de la méthode antiseptique et ne trouve pas que cette méthode puisse donner de meilleurs résultats que les siens.

M. le Dr Nicolas Senn (de Milwaukee). — *Rapports entre les micro-organismes et les maladies chirurgicales.* Dans les maladies héréditaires, les microbes spécifiques sont transmis directement des parents à l'enfant. L'auteur rapporte 2 cas d'ostéo-myélite héréditaire chez des nouveau-nés. Il parle de la localisation des affections héréditaires chez les individus prédisposés, à la suite d'un traumatisme.

M. le Dr Roswell Park (de Buffalo) a fait des recherches sur la valeur des antiseptiques au moyen de cultures; pour lui le plus actif est l'hydro-naphthol. L'iodoforme laisse vivre encore un grand nombre de microbes, qui ne peuvent exister en présence de l'*oxyde de zinc*; ce dernier serait donc plus antiseptique que l'iodoforme. M. le Dr Park a trouvé, dans un cas d'abcès de la face, la présence du micrococcus tétragenus.

M. le Dr W. W. Keen (de Philadelphie). — *Trois cas de chirurgie du cerveau.* 1° Ablation d'une grosse tumeur cérébrale; 2° trépanation pour une ancienne fracture du crâne suivie d'épilepsie ; 3° ablation du centre moteur cérébral répondant au membre supérieur gauche, à cause d'épilepsie.

2e *jour.* — 19 septembre.

M. le Dr Hunter Mac Guire (de Richemond). — *Formation d'un urèthre artificiel dans l'obstruction prostatique.* Trois cas peuvent se produire dans l'hypertrophie prostatique : 1° Congestion temporaire soulagée rapidement par le traitement; 2° constriction permanente, mais peu serrée ; 3° constriction très serrée où la miction est fréquente, difficile, souvent impossible sans le secours de la sonde, accompagnée de tous les accidents graves qui en sont le résultat. Dans deux cas chez des vieillards de 65 et de 69 ans, l'auteur établit avec succès des conduits fistuleux d'une longueur de 2 pouces 1/2 qui permettent l'écoulement de l'urine ; à l'état de repos, leur lumière est fermée par l'accolement des parties voisines et les malades peuvent retenir leur urine pendant 2 à 3 heures.

M. le Dr John H. Pachard (de Philadelphie). — *Taille sus-pubienne.* Deux cas sont rapportés, l'un pour l'ablation d'un fragment de sonde en argent, l'autre pour celle d'un morceau de sonde en gomme ; dans ce dernier cas le fragment était compris dans un calcul de 571 grains.

M. le Pr Hingston (de Montréal) pense que la taille sus-pubienne ne peut être appliquée qu'aux cas suivants : 1° Quand un rétrécissement ne peut être franchi assez tôt pour calmer les violentes douleurs du malade; 2° dans la constriction prostatique; 3° dans les tumeurs de la vessie incompatibles avec une taille latérale ; 4° dans les cas de calculs très volumineux.

M. le Dr William Mc Cornac n'emploie pas le drainage après la taille sus-pubienne.

M. le Dr William T. Bull (de New York). — *Traitement chirurgical de la typhlite et de la pérityphlite.* Le cœcum et l'appendice peuvent s'enflammer et cette inflammation peut se propager au péritoine ou au tissu cellulaire de la fosse iliaque, constituant la pérityphlite qui peut se terminer par résolution ou suppuration. L'auteur admet l'exploration au moyen d'une aiguille, sauf quand on est en présence d'une tumeur nettement formée. La pérityphlite peut rester localisée ou se généraliser ; dans ce dernier cas apparaissent des signes de péritonite qui demandent l'emploi de la laparotomie pour aller à la recherche des lésions. Dans le cas contraire, on peut attendre; au bout d'une semaine, il convient de donner issue au pus au moyen d'une incision. Dans les cas douteux, les risques d'une opération sont moins graves que ceux de l'affection. Dans certains cas, il est bon d'enlever l'appendice malade.

M. le Dr J. Ewing Mears (de Philadelphie). — *De l'intervention chirurgicale dans les perforations intestinales de la fièvre typhoïde.* L'intervention chirurgicale n'est pas justifiable et ne saurait être instituée dans les cas de fièvre typhoïde, si les perforations se produisent lorsque le processus infectieux est à son comble. Dans les cas moyens, à température peu élevée et où la perforation arrive à la fin du 3e septénaire ou plus tard dans la convalescence, on peut faire la laparotomie, à condition de pratiquer un anus artificiel, quand celui-ci est possible. L'opération doit être rapide ; il faut craindre le choc qui se fait sentir, si la cavité abdominale reste trop longtemps ouverte.

M. le Dr Bonteau (de Troy) cite un cas opéré pendant la 3e semaine ; mort. — M. le Dr O. B. Nancrede (de Philadelphie) cite 2 opérations; deux guérisons. Il fait l'incision à deux pouces de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

M. le Dr J.-H. Pachard (de Philadelphie). — *Ligature simultanée de la carotide droite et des artères sous-clavières, pour un anévrysme du tronc brachio-céphalique.* Le malade mourut au bout de trois jours avec des symptômes de suffocation. (*A suivre*), A. Raoult.

61e CONGRÈS DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS.

Session de Bonn (1888) (suite) (1).

Section de Chirurgie.

Président de section : M. J. Schmidt (de Cologne).

Présidents des séances : MM. Kroenlein, Madelung, Englich, Braun, de Winiwarter.

M. O. Witzel (de Bonn). — *Des résultats du traitement chirurgical de la péritonite suppurée diffuse et du poison péritonéale.* En se basant sur de nombreuses recherches expérimentales, l'auteur recommande de pratiquer plusieurs ouvertures dans le péritoine, de placer de longs drains en différents sens et de faire des lavages à l'aide d'une solution chaude de chlorure de sodium. Il a notamment traité de pareille façon trois malades ; comme il lui était impossible d'arracher à la mort ces sujets atteints d'une lésion aussi ancienne que grave, il s'en est servi comme de matériaux d'instruction. L'autopsie a révélé le bien fondé de ses assertions. Mais avant d'agir ainsi il importe de distinguer entre la péritonite septique et la péritonite organique diffuse. Dans le premier cas, la structure même du péritoine indiquera, *à priori*, qu'on aura beau faire on ne s'opposera point à la résorption, à la généralisation du produit putride. Dans le second au contraire, la réaction inflammatoire de la séreuse obture de bonne heure les canaux lymphatiques ; ici la thérapeutique agit puissamment. Dans les formes mixtes septico-purulentes il faut savoir se rendre compte du degré de l'infection générale.

Dans la péritonite franchement purulente qui n'émane pas d'une perforation, l'évolution nous met aux prises avec une collection plus ou moins simple. C'est dans ce cas que ce traitement chirurgical inspire la meilleure espérance. D'un pronostic favorable sont encore les péritonites idiopathiques et les péritonites purement puerpérales. Dans la pyémie puerpérale métastatique en évacuant la masse purulente on peut procurer du soulagement, au moins d'une façon passagère.

Actuellement M. Kroenlein a opéré six individus de péritonite pyo-putride diffuse ; il n'en a guéri qu'un. Il fait l'incision sur la ligne médiane ; elle facilite plus la désinfection que les incisions multiples de M. Witzel.

M. Rosenberger (de Wurzbourg). — *De la valeur et de l'importance de l'aspiration capillaire dans la vessie.* Mieux vaut, dans la rétention d'urine, aller aspirer à l'aide du vieil appareil à Dieulafoy que de cathétériser. Le cathétérisme est, en effet, difficile et dangereux, tandis que la ponction indolore n'empêche pas les malades de se promener, dès qu'elle est terminée ; ce ne sont pas là de minces avantages, notamment chez les personnes âgées qui doivent leur rétention à une grosse prostate. Et ceux qu'on a déjà dotés d'une fausse route ? Il faut cependant bien qu'ils urinent, sans être exposés à l'ulcération persistante de l'urèthre, ni à l'infiltration urineuse, c'est le procédé en question qui permet au canal uréthral de se cicatriser spontanément.

---

(1) Voir *Progrès médical*, n° 40, 41 et 42.

M. Englisch. — C'est une mauvaise pratique à généraliser, parce qu'elle entraine à multiplier à l'infini les ponctions; parce que, par suite, le tissu cellulaire prévésical s'enflamme; parce que le segment de la vessie qui se prête à l'implantation du trocart ne saurait être que très limité et que la paroi vésicale se gangrène de ce fait aisément, d'autant plus que l'urine filtre à travers son tissu. Si les circonstances vous forcent à ponctionner, employez de gros trocarts, dont les canules permettent d'exécuter le cathétérisme rétrograde. Plus tard, vous remplacerez ce tuyau rigide par une sonde de Nélaton, dont l'orifice d'implantation dans les tissus s'oppose, à raison de sa disposition cruciforme, à l'infiltration urineuse. L'aspiration capillaire sera réservée aux lésions périnéales de l'urèthre, parce que, dès les deux ou trois jours subséquents, l'urèthre récupère ses fonctions évacuatrices. Il est douteux que l'aspiration méthodique du contenu de la vessie amène la guérison spontanée des fausses routes.

M. Heusner (de Barmen). — *Applications de la théorie des localisations cérébrales à la chirurgie.* Un premier individu, à la suite d'un traumatisme sous-cutané au niveau du pariétal droit, présente une commotion cérébrale légère; sept jours plus tard, paralysie de la main et de la jambe du côté opposé. M. Heusner trépane et enlève quatre disques osseux semblables à des coquilles d'œufs, comprimés dans les tissus. La paralysie disparaît au bout d'un temps très court.— Le second fait concerne encore le pariétal droit et une paralysie de la main gauche immobilisée en demi-flexion. Trépanation 14 jours après l'accident. Ici, on trouva simplement la dure-mère projetée sous forme d'une vessie distendue; une incision donna passage à une sorte de collection séro-sanguinolente; la paralysie rétrocéda très vite. Présentation de ce malade guéri.

M. Flothmann (d'Ems).— *Six lésions diverses du cerveau et leur traitement. Pièces à l'appui.* C'est d'abord une fracture avec enfoncement des parois du crâne ayant occasionné des phénomènes de compression très marqués: somnolence complète. On trépane, on détache la dure-mère intacte, on fait une autoplastie, tous les accidents disparaissent en dix minutes. Mais, deux jours plus tard, mêmes accidents, mort. On ne put autopsier. — Voici maintenant un mineur qui reçoit d'une hauteur notable une pierre sur la tête; traversant le pariétal gauche, elle s'enfonce profondément dans le cerveau. Le blessé perd connaissance, éprouve un violent frisson, vomit, se remet et fait une course de 3 1/4 d'heure. On enlève la pierre et, à ce moment seulement, il se produit une hémorrhagie dont on se rend maître en tamponnant à la ouate iodoformée; puis tout va bien; mais, le cinquième jour, attaques épileptiformes. Le patient se rétablit encore; à la fin de la troisième semaine, trouble du langage pendant une demi-journée. On trépane et l'on découvre un abcès au voisinage de l'insula, il renferme 15 éclats osseux. Nouveau rétablissement. Au bout de quelques jours, nouvelle aggravation, mort. — Enfin, la réparation autoplastique des fractures avec perte de substance a été obtenue par M. Flothmann trois fois; il l'a exécutée de bonne heure, mais sans avoir auparavant, ce qui est indispensable, évacué tous les éclats, arrêté l'hémorrhagie, établi une asepsie parfaite. C'est le périoste détaché et transplanté qui, en raison de son élasticité et de sa fermeté, est le plus apte à cette réparation.

M. Heusner (de Barmen): *De la résection du maxillaire supérieur sans grande défiguration.* Il s'agit d'un exemple de carcinome ayant nécessité la résection; après avoir pratiqué la trachéotomie du malade, l'opérateur sectionna la peau tout le long du bord inférieur de l'orbite, comme s'il allait réséquer le nerf sous-orbitaire. Il sculpta le nerf et l'artère de ce nom dans son canal, détacha ensuite les parties molles buccomaxillaires et scia les attaches osseuses de l'os en question. Excellent résultat au point de vue esthétique.

M. Heusner (de Barmen). — *Des kystes lymphatiques d'origine traumatique.* Un homme de 55 ans portait un lourd fardeau sur le dos; en descendant une colline, il fait un faux pas et tombe la tête la première. A la suite de cet accident, il se développa dans la région inguinale une tumeur large et proéminente, fluctuante; la ponction en évacue 1 litre 1/4 de lymphe. Plus tard on fendit et extirpa les ganglions lymphatiques hypertrophiés.— Dans un second cas, également chez un homme, c'est à la suite d'une chute sur le sacrum qu'apparut en cinq jours, à la région lombaire, une tumeur du volume d'un œuf d'oie qui contenait aussi de la lymphe. Il faut faire intervenir dans le mécanisme de ces épanchements, par excès de pression, l'action musculaire.

M. Rotter (de Munich). — *D'un liquide antiseptique dépourvu de toute action nocive.* La formule de l'auteur se traduit par une poudre sèche ou par des pastilles solubles dans l'eau. Le liquide ainsi obtenu, innocent, non toxique pour l'organisme humain, est bon marché, clair, incolore, inodore. C'est un excellent antibactérique, un parfait désinfectant même à l'égard des instruments métalliques et élastiques. Essais à la clinique chirurgicale et gynécologique de Munich.

M. Thelen (d'Elberfeld). — *Du traitement de l'ostéomyélite aiguë suppurée au niveau des épiphyses.* C'est bien à ce niveau que siège surtout l'ostéomyélite infectieuse. Il faut débrider de bonne heure avant que ne se forme l'abcès. L'auteur cite 14 observations qui se sont terminées favorablement, grâce à l'incision précoce dans le tissu spongieux; il était infiltré de pus.

M. Schimmelbusch (de Cologne).— *De l'infection par la peau intacte.* Si l'on frotte les moribonds pendant une ou dix minutes à l'aide d'une culture pure de Staphylococci, on détermine de l'impétigo, et cependant le microscope ne décèle aucune altération de l'épiderme. Le Staphylococci pénètrent dans les glandes pilo-sébacées, infiltrant et nécrosant les gaines radiculaires. La peau des jambes récemment amputées se laisse aussi pénétrer par des Cocci. L'auteur a, en outre, frictionné la peau de lapins à l'aide de cultures de sang de rate, de choléra des poules, de septicémie; il n'a, par ce procédé, provoqué l'infection générale correspondante que chez 4 de ces animaux sur 14 sujets en expérience, et encore chez l'un d'eux le microscope révéla-t-il une lésion de la peau.

M. J. Schmidt (de Cologne). — *De la néphrectomie.* La statistique de Bardenheuer de 1875-1888 se traduit par 35 néphrectomies et 2 néphrotomies. 23 de ces extirpations ont été pratiqués pour tuberculose, abcès, pyélo-néphrite, pyélite. L'incision à doubles vantaux ou à un simple volet est celle qui convient; on tamponne et l'on réunit par seconde intention. La mort eut lieu deux fois par septicémie (déjà préexistant à l'opération), une fois par collapsus, une fois par convulsions (enfant de trois mois), une fois par scarlatine; une fois de métastase carcinomateuse, une fois par dégénérescence lymphoïde. Les deux néphrotomies (pour hydronéphrose traumatique aiguë et pyonéphrose) aboutirent à la mort. La suppuration du rein (par tuberculose, abcès, pyonéphrose) se traduit généralement par l'abcès. perinéphrétique classique, collecté entre la capsule graisseuse et le rein; il est très rare de le voir s'ouvrir au dehors, tandis que l'abcès périnéphrétique vrai (suppuration autour de la capsule) se fait jour de bonne heure. MM. Schmidt et Bardenheuer tiennent l'extirpation rénale pour indiquée dans le cas de suppuration du rein, parce que c'est la suppuration qui a commencé, l'abcès périnéphrétique s'étant secondairement produit, et qu'au moment où on opère on ignore généralement s'il n'y a pas sous roche un abcès tuberculeux, un abcès commun, ou encore plusieurs foyers pathologiques. Fendez la capsule épaisse elle-même et engagez-vous en plein cœur de l'organe, décortiquez pour ainsi dire le rein, sans arracher la capsule; c'est la plus sûre manière d'éviter l'infection et d'obtenir, grâce à la capsule encore rigide, une réunion des bords de la plaie. Pyélite, hydronéphrose et pyonéphrose ont pour cause aussi l'oblitération permanente ou passagère, totale ou partielle d'un uretère. Souvent les paramétrites en sont la cause, l'uretère se trouvant enserré dans ces parties pseudo-membraneuses; alors, au lieu de cathétériser l'uretère il faut le dégager du péritoine enflammé. Toute opération d'extirpation utérine ayant déterminé la section de l'uretère doit être completée par l'extirpation du rein correspondant à travers la région lombaire.

M. Brohl de Cologne raconte l'histoire de six malades chez lesquels on a pratiqué *l'opération d'Alexander* modifiée pour *rétroflexion utérine.* Après avoir incisé au niveau du ligament de Poupart, l'opérateur (M. Bardenheuer) fait sortir le ligament rond et après avoir tiré dessus le suture à ce niveau, en réséquant le bout désormais inutile; en d'autres termes il attache le ligament rond au dessus du canal inguinal. De cette

manière, l'utérus est resté antéfléchi dans les six cas en question.

M. BROHL. — *Extirpation totale de la vessie et excision complète de la muqueuse vésicale.* Quatre exemples sont tirés de la pratique du professeur BARDENHEUER. En voici un Un homme de 57 ans était depuis assez longtemps en proie à des hématuries; on constatait par l'exploration bi-manuelle et à l'aide du cathététer une tumeur dans le bas-fond de la vessie. Une incision est pratiquée au tiers externe du ligament de Poupart d'un côté, au tiers externe du ligament de Poupart de l'autre côté. On trouve une tumeur qui implantée sur le bas-fond complètement pris, s'étendant jusqu'aux uretères. Ouvrant la vessie on décolle la muqueuse vésicale de la tunique musculeuse; puis, les adhérences du bas-fond l'exigeant, on s'en va avec le doigt détacher toute la paroi postérieure du bas-fond du rectum et l'on enlève la vessie au niveau du col après avoir dépassé les uretères et les avoir amenés au dehors. Pendant dix jours le malade alla bien, puis il succomba à l'urémie.

M. VITZE (de Berlin). — *De la symptomatologie et de la thérapeutique des tumeurs vésicales.* Tous les accidents graves sont imputables à la brutalité de l'examen : ainsi, à l'aide de la sonde, en pareil cas, on lèse le tissu de la tumeur, et souvent sans profit, car le néoplasme le plus fréquent de la vessie est le papillôme mou qui échappe, à moins qu'il n'ait un volume excessif, au palper instrumental; tandis qu'à la suite de l'introduction de la sonde, il se produit un catarrhe infectieux terrible. Il ne faut donc avoir recours qu'au *cystoscope* et encore si le médecin et le malade sont résolus à l'opération dans le cas où l'instrument révélera l'existence d'une tumeur. Son action démonstrative est sûre. Sur 19 cas de tumeur vésicale, l'autopsie confirma une fois le diagnostic porté par le cystoscope et l'opération le confirma 12 fois. Ces 19 exemples montrent la fréquence des tumeurs bénignes, car la répartition est la suivante : sur 13 cas donnés à l'examen microscopique, on trouva 3 carcinomes, 5 sarcomes à cellules fusiformes, 9 papillômes bénins. Ces tumeurs s'annoncent toutes par une hématurie que rien ne fait prévoir, et sans que la miction se montre troublée; le plus souvent l'hémorrhagie n'incommode que par les coagula ; à ce moment, quand ils se détachent, l'évacuation urinaire est entravée. Il faut agir, non par la sonde, mais par la taille, opération mille fois moins dangereuse que le cathétérisme. Diagnostiquez de bonne heure, opérez de bonne heure, et vous réussirez. Après avoir taillé par l'abdomen, allez saisir la tumeur avec les grandes branches d'une pince et disséquez au dessous du néoplasme. M. Vitze se sert d'une pince qui porte sur la tumeur la lumière d'une lampe électrique et éclaire en même temps les replis vésicaux sur lesquels l'opérateur doit agir, sans nuire aux autres temps opératoires.

M. WILLEMER (de Ludwigslust).— *Du traitement opératoire d'une certaine forme de tumeur congénitale.* Ablation d'un kyste occupant la petite fontanelle d'un enfant de deux jours. Guérison. L'enfant étant mort d'une autre maladie, on put l'autopsier plus tard. Il fut impossible de décider s'il n'y avait pas eu méningocèle occipital ou hygroma kystique cervical à siège anormal.

Présentation par M. MESTRUM (d'Elsville) d'une boite à pansements antiseptiques (nécessaire complet);— par M. QUIRIN d'un bandage de corps universel.

M. KRASKE (de Fribourg). — *De la tuberculose du pénis.* On diagnostique chez un homme de 40 ans un chancre uréthral, et l'autopsie révèle un ulcère tuberculeux, ainsi que de la tuberculose vésico-rénale. Voici maintenant un exemple d'ulcère tuberculeux partant du gland. On avait commencé à l'enlever au thermocautère, mais à mesure qu'on le détachait on trouvait une caséification profonde, de sorte que l'amputation du gland fut jugé nécessaire, d'autant plus que la muqueuse uréthrale correspondante devait être prise, et il fut reconnu qu'il en était ainsi. Un envahissement de cette sorte plaide en faveur de l'origine hématique contre l'inoculation du coït.

M. ENGLISCH, après 25 ans d'une pratique extrêmement fournie, n'a eu que cette année l'occasion d'observer la tuberculose du gland. La femme n'avait absolument aucune ulcération. Quant à la tuberculose de l'urèthre, elle est plus fréquente qu'on ne le croit ; si vous introduisez une sonde dans l'urèthre des tuberculeux, vous risquez des réactions morbides séniles (ulcères du décubitus acutus, cystite catarrhale infectieuse, suppuration des reins) qui prouvent l'extrême sensibilité de l'urèthre et par suite la réalité des assertions avancées plus haut.

M. KEMPERDICK (de Solingen). — *Un cas de restauration du nez.* Il s'agissait d'un cancer épithélial qui avait détruit le nez, le bord des lèvres, les incisives avec leurs alvéoles. La lèvre supérieure formait à côté un bourrelet épais et elle était infiltrée. Ce fut elle qui servit à la rhinoplastie, ou plutôt à la rhinosplatie et à la chéiloplastie exécutées en une seule séance. Deux incisions perpendiculaires, le long des fosses nasales, deviennent le repère de deux lambeaux semi-lunaires ayant un centimètre et demi de long chacun et taillés sur les côtés. Deux autres incisions partent des angles supérieurs de la plaie et gagnent la joue horizontalement ; elles fournissent des lambeaux pour les lèvres que l'on joint sur la ligne médiane. Des trois premiers lambeaux empruntés à la lèvre supérieure, on forme la cloison (lambeau moyen), les ailes du nez (lambeaux latéraux). Quand la cicatrisation est terminée, on taille inférieurement un lambeau au-dessous de la racine du nez et on va le réunir aux parties déjà sculptées, de façon à former un dos et un lobule du nez ordinaires. Excellent résultat; le patient est présenté.

M. FISCHER (de Strasbourg). — *Des vieilles luxations du coude.* Tous les cas en question empruntés à la clinique de Strasbourg concernent une chute sur le bras étendu avec pronation très marquée de la main. L'orateur raconte que dans un cas de luxation récente reconnaissant ce mécanisme, on ne put réduire que difficilement; on réduisit d'abord la petite tête radiale de l'humérus, on fit exécuter une flexion et l'on tira. Pour quatre cas de luxation ancienne, la réduction étant impossible malgré le chloroforme, on ouvrit l'articulation et l'on trouva que la cavité sigmoïde du cubitus était remplie de proliférations conjonctives. Le brachial antérieur s'était introduit entre les surfaces articulaires. On réséqua l'olécrâne et de petites portions du radius. Guérison aussi complète; mobilité de l'articulation.

M. MADELUNG (de Rostock). — *Du laryngocèle.* La tumeur occupe la ligne médiane, entre l'os hyoïde et le cartilage cricoïde; quand on presse sur elle on chasse dans le larynx un courant d'air qui fait entendre un bruit de clapotement caractéristique. On a affaire à un garçon de 20 ans, délicat, issu d'un père phthisique ; il y a trois semaines, il s'est aperçu d'une tuméfaction des ganglions sous-maxillaires et mentonniers ainsi que de la région moyenne du cou. Il se mit à tousser, et c'est pendant une quinte que brusquement se produisit la tumeur. Aucune lésion laryngée. On opère et l'on trouve que le sac kystique comprend deux compartiments, dont un à contenu caséo-graisseux; sur la ligne médiane existe une fente de 1 cent. 1/2, le larynx lui-même constituant à la tumeur une base d'implantation au niveau de laquelle la paroi renferme des tubercules miliaires, sans bacilles. Guérison complète en 14 jours. Pour M. Madelung, il s'agit d'un simple diverticule congénital qui s'est rempli de tubercules; ceux-ci en ont augmenté la cavité qui, sous l'influence d'un effort de toux, s'est subitement dilatée.

M. BARDENHEUER. — *Du traitement gymnastique passif de l'ankylose.* On sait que les fractures qui se produisent au voisinage d'une articulation entraînent des ankyloses par excès de formation du cal (troubles de la nutrition des fragments, arthrite, irritation traumatique, rétraction élastique des tissus déplacement des fragments). Afin d'y remédier, l'orateur n'applique pas d'appareils, il fait de l'extension adaptée au mécanisme de la fracture. Il obtient ainsi la réduction des fragments. Dès la troisième semaine, on imprime des mouvements réglés et raisonnés aux membres correspondants. Cette méthode est applicable à toutes les articulations, sauf à celle de la hanche.

(*A suivre*). P. KÉRAVAL.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — La chaire de clinique des maladies mentales et nerveuses de ladite Faculté est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

BIBLIOGRAPHIE

Essai sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie de la trompe utérine : par Georges Dutilleul.— Paris. Oct. Doin, 1888.

On trouvera surtout, dans la thèse de M. G. Dutilleul l'étude anatomique et physiologique de la trompe de Fallope. L'auteur, dont on ne niera pas la compétence à ce point de vue, a eu soin d'ajouter, aux données fournies par l'anatomie humaine, des renseignements précieux sur la constitution de cet organe chez les principaux Mammifères, surtout chez ceux que le médecin a le plus souvent l'occasion de disséquer ou d'examiner dans ses recherches de laboratoire. Après un court historique, il entre de plein pied dans la partie descriptive de son sujet. Signalons seulement les points de détails mal connus en France et les recherches originales. D'abord la division de la trompe en deux parties : 1° 1/3 interne, portion rectiligne étroite (*isthme de Barkow*) ; 2° 2/3 externes, partie sinueuse et dilatée (*ampoule de Henle*). La structure de la trompe est étudiée avec détails. En ce qui concerne la séreuse, faisons remarquer qu'on a constaté le petit fait suivant qui a son intérêt histologique. L'épithélium prismatique cilié ne s'arrête pas au bord libre du pavillon ; il se prolonge sur la face péritonéale de cette portion de la trompe. La tunique musculaire, pour M. Dutilleul, comme pour les histologistes modernes, n'est point formée par deux couches distinctes de fibres musculaires ; les fibres longitudinales sont toujours englobées dans la zone la plus externe de la couche circulaire où elles forment de minces faisceaux. Les fibres circulaires constituent un sphincter au niveau de l'*ostium abdominale*. Les fibres longitudinales sont plus abondantes au niveau du pavillon. La muqueuse est constituée par un épithélium cylindrique qui est bien vibratile, malgré l'opinion de Fromont (1886), et par une sous-muqueuse. Cet épithélium ne deviendrait vibratile qu'à la puberté pour M. Dutilleul et perdrait ses cils dans la vieillesse. Les cils persistent pendant la gestation. Les plis de la muqueuse ne doivent pas être confondus avec des culs de sac glandulaires, il n'y a pas de glandes. La *muscularis mucosæ* de certains auteurs n'existe pas. M. Dutilleul a pratiqué de nombreuses injections pour étudier le système artériel de la trompe. Il en conclut que le nom d'artère utéroovarienne doit être remplacé par celui d'ovarienne, et que la vascularisation artérielle de l'appareil génital de la femme comprend : 1° une *art. utérine*, branche de l'hypogastrique (corps de l'utérus) ; 2° une art. *ovarienne*, venue de l'aorte (ovaire) ; 3° un art. *intermédiaire*, anse vasculaire convexe en haut réunissant les deux précédentes et émettant trois branches: une interne (branche tubaire) pour la trompe, une pour le ligament rond, une externe ou ampulaire pour le pavillon et l'ampoule de Henle. Ce sont des artères hélicinnes. Chez le nouveau-né, la trompe se montre parcourue par deux artères parallèles : l'une au bord supérieur, l'autre au bord inférieur ; de chaque artère partent des bouquets de vaisseaux. L'auteur a répété les recherches de M. Poirier pour les lymphatiques et est arrivé aux mêmes conclusions. Les nerfs, provenant des plexus qui accompagnent les vaisseaux, forment un réseau comparable au plexus d'Auerbach de l'intestin; les terminaisons nerveuses y affectent une disposition arboriforme comme dans la cornée. On devra consulter les chapitres qui ont trait à l'anatomie comparée et à l'embryologie. Les glandes dans la trompe ne paraissent exister qu'à partir des Oiseaux, en descendant la série animale. La physiologie comprend la migration de l'ovule de l'ovaire à la trompe et la migration intra-tubulaire. Rien de spécial à signaler dans ce résumé précis des travaux antérieurs. Quand à la partie pathologique, elle est un peu écourtée ; pour ce qui concerne les Salpingites, l'auteur renvoie à l'excellente thèse toute récente de notre ancien collègue et ami, M. Montprofit (d'Angers). Nos compliments toutefois à M. Dutilleul pour la partie anatomique.

Marcel Baudouin.

Du traitement de la diphtérie basé sur les principes antiseptiques ; du lavage des voies respiratoires par un nouveau procédé : par le Dr Weston Peel Davis. — Thèse de Paris, 1888. — Henri Jouve, éditeur, 1888.

La diphtérie est essentiellement une maladie contagieuse, microbienne, inoculable ; ce sont les preuves de ces trois caractères de cette dangereuse affection que l'auteur relate dans son premier chapitre. Nous y trouvons quelques faits intéressants qui ressortent des études récemment faites, à savoir que la contagion par les vêtements, les ustensiles, les linges, la literie, etc., se produit avec une facilité extraordinaire chez

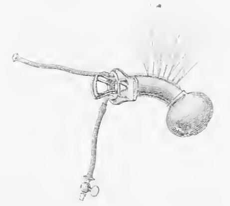


Fig. 36.

les enfants. Il en est tout autrement pour les adultes, chez lesquels l'inoculation semble être absolument nécessaire pour engendrer la diphtérie ; il en résulte que l'on pourrait placer des pavillons de diphtérie dans des hôpitaux d'adultes sans danger pour ceux-ci. A Londres, on voit des enfants atteints de cette maladie dans des salles occupées par de grandes personnes. Au contraire l'isolement pratiqué dans nos hôpitaux d'enfants est absolument illusoire, et est une cause constante de contagion. Voilà pour le traitement préventif.



Fig. 37.

Le vrai traitement doit être local, dit l'auteur, et consister dans l'application d'antiseptiques au niveau de la région envahie par les fausses membranes. Pour l'angine diphtérique et rhinite diphtérique consécutive, on peut agir localement, en enlevant les fausses membranes et en lavant la région malade au moyen d'une solution de sublimé ou d'acide phénique. Pour le croup, la trachéotomie n'est pas un moyen thérapeutique et ne sert qu'à laisser le passage à l'air dans la trachée ; mais on peut se servir de cette voie pour agir en même temps localement ; c'est ce qu'a proposé le Dr Davis. Dans ce but il a fait construire deux appareils. Le 1er (*fig.* 36), fabriqué en Angleterre par MM. Hawksley, se compose d'une canule à trachéotomie, à la partie inférieure de laquelle est fixé un

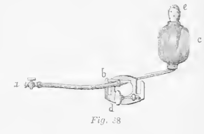


Fig. 38

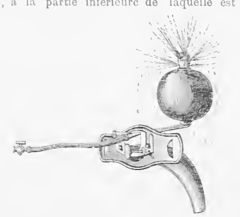


Fig. 39

petit sac en caoutchouc qu'on peut gonfler à l'aide d'un tube appliqué contre la concavité de la canule. Au niveau de

la convexité est un autre tube en argent terminé en cul de sac, juste au dessus du sac en caoutchouc et perforé de petites ouvertures par où sortent le liquide injecté servant à laver la

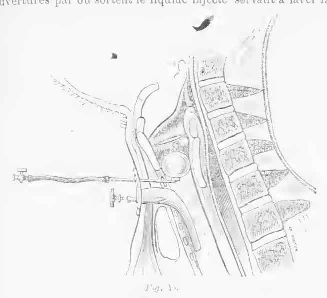


Fig. 40.

cavité du larynx. Cet instrument a donné de bons résultats dans des expériences sur des chiens.



Fig. 41

Le second appareil a été construit par M. Lüer. Il se compose : 1° d'une canule (*fig.* 37), dont la courbure, au niveau de l'embouchure, a la forme des 2/3 d'un cercle, et à l'extrémité celle de 1/4 de cercle, afin qu'elle repose sur la paroi antérieure de la trachée; 2° (*fig.* 38), d'un sac en caoutchouc (c) fixé à 2 tubes d'argent (a, b) servant l'un pour introduire l'air pour gonfler le ballon, l'autre le liquide injecté qui doit ressortir par la canule (e). L'introduction du ballon se fait facilement et l'instrument fonctionne comme il suit (*fig.* 39). Le liquide s'échappe par la bouche du malade que l'on fait se pencher en avant. La *fig.* 40 nous montre la position de l'appareil dans les voies aériennes supérieures. Les expériences avec ce procédé n'ont encore été faites que sur des cadavres ou sur des animaux ; le danger à éviter est l'empoisonnement par le sublimé. L'auteur préconise enfin l'usage d'une seringue (*fig.* 41), destinée à vaporiser une solution de glycérine phéniquée dans la trachée elle-même. Cette vaporisation ne provoquerait pas d'étouffements et aurait l'avantage de faire un lavage antiseptique de la surface interne de l'organe. A. R.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — *Légion d'honneur.* M. le Dr KIEFFER, médecin de la marine, est nommé chevalier.

VARIA

L'Enseignement de la Chirurgie et de l'Anatomie dans les Universités de langue allemande ;

par M. le Dr LEJARS, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.

On a beaucoup écrit sur les Universités allemandes. En 1868, M. le professeur Würtz, dans un magnifique rapport (1), publiait une étude détaillée des grands Instituts de chimie et de physiologie de Bonn, Berlin, Leipzig, Vienne, Göttingen, Heidelberg, Munich, et il reconnaissait que « dans ces foyers multiples de la vie intellectuelle, ayant chacun son souffle indépendant, dans ces centres de fortes études et de haute civilisation qu'on nomme les Universités allemandes, le nombre, l'étendue, la richesse des laboratoires se sont singulièrement accrus dans ces dernières années. » Depuis quinze ans, le mouvement s'est affirmé plus puissamment encore; sur tous les points de l'empire allemand; des Instituts et des laboratoires ont été créés, des hôpitaux d'enseignement ont été ouverts, et la science allemande s'est acquis en Europe une situation qu'il serait dangereux de méconnaître. Dans une série de lettres fort instructives, adressées au Directeur de ce journal, M. le Dr Raphaël Blanchard, en 1883, fournissait de précieuses indications sur les Universités de Bonn, Wittenberg, Halle, Leipzig, Berlin, sur leurs Instituts, leur organisation générale, leur budget, la vie des étudiants, etc. Cette année même, M. le Dr Kirmisson donnait, dans le *Bulletin médical*, plusieurs articles d'un haut intérêt, sous le titre : Un voyage Chirurgical à Vienne, Pesth et Munich ; d'autres études spéciales ont été publiées, que nous ne saurions toutes rappeler.

A voir de près les Universités allemandes, un premier fait s'impose : c'est que l'installation matérielle ne forme qu'un des éléments, le plus important peut-être, de ce vaste ensemble ; le caractère de l'enseignement, le recrutement, la situation et l'avenir du personnel jeune des Universités, la répartition de l'enseignement en une série des centres autonomes, les Instituts, la décentralisation universitaire : tels sont les traits qui impriment à l'organisation allemande sa marque spéciale et sa physionomie réelle. Tout se tient dans le système allemand, et son empreinte se retrouve non-seulement dans les écoles d'Allemagne, mais dans toutes les Universités de langue allemande, qu'il suffit à caractériser. C'est à son organisation que l'enseignement allemand doit toute sa puissance.

Au cours d'un voyage récent, nous avons visité les Universités de Bâle, Vienne, Pesth, Prague, Cracovie, Leipzig, Halle, Iéna, Breslau, Kœnigsberg, Berlin, et les hôpitaux de Varsovie, Saint-Pétersbourg et Moscou : Nous chercherons à grouper ici les observations que nous avons recueillies sur l'enseignement chirurgical et anatomique.

Nous ferons trois chapitres dans ce travail : 1° Les Instituts de chirurgie, et l'enseignement de la médecine opératoire ; 2° Les Instituts anatomiques ; — 3° Quelques autres Instituts, et les caractères principaux du système d'enseignement allemand.

I. — *Instituts de Chirurgie.*

La Clinique chirurgicale, dans les Universités allemandes, est bien, à proprement parler, l'Institut de chirurgie; elle centralise tous les organes et tous les éléments de l'enseignement chirurgical. A sa tête, le professeur, chef d'école, entouré d'un personnel qu'il se choisit lui-même ; aux cours du professeur, aux Vorlesungen, tous les élèves de la Faculté doivent s'inscrire pendant une période fixée ; c'est lui encore qui, en règle, est seul juge aux examens cliniques. Cette haute situation s'appuie sur les ressources matérielles qui lui sont réservées, et le même esprit se retrouve dans l'organisation de tous les Instituts. Nous citerons de nombreux exemples ; nous les grouperons autour de ces trois points fondamentaux : 1° L'organisation matérielle des Instituts ; 2° Leur personnel ; 3° L'enseignement clinique.

(1) *Les hautes études pratiques dans les Universités allemandes.* — Rapport présenté au Ministre de l'Instruction publique.

L'Institut de Chirurgie n'est pas toujours installé dans un édifice à part, comme dans les nouvelles Cliniques allemandes; mais, alors même qu'il est compris dans l'enceinte d'un hôpital, son indépendance est assurée, et nous allons voir comment. Nous ne saurions choisir un type plus caractérisé que l'Allgemeine Krankenhaus de Vienne; dans cet immense hôpital, qui renferme jusqu'à 3,000 malades, toutes les Cliniques sont rassemblées côte à côte, mais à chacune d'elles est réservé son segment d'hôpital, autonome et complet. Il suffit de citer les services chirurgicaux des professeurs Billroth et Albert. L'amphithéâtre est le point central de la Clinique : c'est autour de lui qu'en rayonnent tous les services; il sert à l'enseignement et aux opérations; on y fait même la plupart des grands pansements, et cela, non seulement aux jours et aux heures de leçons, mais tous les jours et souvent à toute heure de la journée. Voici la disposition générale de l'amphithéâtre du professeur Albert. (V. *Fig.* 42). Une haute série de gradins; en face,

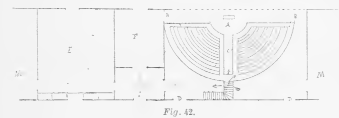


Fig. 42.

devant un large vitrage, l'hémicycle; autour de l'hémicycle, des vitrines et des tiroirs qui renferment les instruments et les pièces de pansement; à différentes hauteurs, le long du mur, des bocaux de verre d'où descendent de longs tubes en caoutchouc pour charrier l'acide phénique (Carbol) à 1 0/0 et à 2 1/2 0/0, le sublimé à 1 0/00, l'eau chaude et l'eau froide, distillée, et au centre le lit d'opérations, mobile en tous sens. Dans l'hémicycle, deux entrées latérales (BB') qui s'ouvrent à droite, dans les salles de malades, à gauche, dans le cabinet du chirurgien; en face, un couloir (C) qui passe sous la partie médiane des gradins et débouche dans l'allée commune, longeant en arrière l'amphithéâtre. Il est aisé de voir comment cet agencement crée l'indépendance des services : dans le corridor, donnent accès deux portes extérieures (DD), et c'est par là que pénètrent les élèves (un escalier conduit à l'amphithéâtre), et les malades de la policlinique, qui entreront un à un dans l'hémicycle par le couloir médian. Au fond du corridor, à gauche, on entre d'abord dans une grande pièce où se font les appareils, les pansements du dehors, etc.; et, plus loin, dans les salles de malades (M); à droite, dans les autres salles (M). Ce qu'il faut remarquer, c'est que l'amphithéâtre et les salles se trouvent ainsi en relation directe. Dans le service du professeur Billroth, l'amphithéâtre, moins largement éclairé, semble-t-il, et d'ordonnance un peu différente, communique aussi directement avec les salles par une allée distincte, où les élèves ne pénètrent pas; de plus, un Musée anatomo-pathologique fort riche, complète cette autre section d'enseignement chirurgical. — Il ne faut pas oublier que l'Allgemeine Krankenhaus date de fort longtemps, et que ces services ont été appropriés aux exigences de la chirurgie moderne.

Beaucoup plus récente, la clinique du professeur Bergmann, à Berlin, renfermée aussi dans l'enceinte d'un hôpital, l'hôpital des Cliniques, (Königl. Universitäts-Klinikum), est fondée encore sur un pied d'autonomie plus complète. C'est un pavillon isolé, situé dans la cour de l'hôpital des Cliniques; les salles des malades en forment les deux ailes, et communiquent chacune, par un corridor incliné, avec le segment central, l'amphithéâtre; à droite et à gauche de l'amphithéâtre, deux salles d'attente, de pansement, etc., un large hémicycle, tout autour une série de vitrines cachées par un rideau de bois en forme de persienne mobile. La Policlinique en est distincte : son importance est considérable, comme nous le dirons plus loin.

A Leipzig, l'hôpital Saint-Jacques est à pavillons séparés : il y a vingt pavillons pour six cents malades. La Clinique du professeur Thiersch en compte elle-même 300, répartis dans 4 pavillons de chirurgie, et un autre de maladies syphilitiques et vénériennes. Ce sont de grandes baraques en bois, très larges, et pourvues d'un système général de chauffage et de ventilation; celle de la syphilis est séparée du corps même de la Clinique et située plus loin au milieu d'un jardin, où sont disséminés les vingt segments de l'hôpital (V. *Fig.* 43). Les quatre autres sont alignées de chaque côté d'un long corridor général (B), où s'ouvrent aussi la salle de la policlinique (C) et l'amphithéâtre (E), par deux entrées isolées, l'une pour les élèves, l'autre pour les malades : il est précédé d'une chambre d'attente, pour les malades du service. L'une des baraques est spécialement affectée aux enfants, et nous avons vu là plusieurs cas d'hypospadias, d'épispadias et d'exstrophie de la vessie, dont le professeur

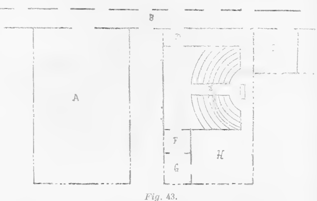


Fig. 43.

Thiersch s'est fait, en Allemagne, une véritable spécialité. Derrière l'amphithéâtre, un large couloir permet de rouler les malades dans leur lit, jusqu'à l'hémicycle; au fond, un petit cabinet pour les assistants (F), le cabinet du professeur (G), et le musée de la Clinique (H); dans le couloir d'entrée, des vitrines pour les instruments, les pièces et les liquides de pansements; dans l'hémicycle, un pulvérisateur par pression hydraulique, à froid.

Du reste, le type des hôpitaux à pavillons séparés, si avantageux pour l'hygiène hospitalière, semble en voie de se généraliser, et c'est lui que l'on trouve appliqué dans la plupart des hôpitaux de date récente. Il en existe un très-bel exemple à Buda-Pesth, au nouvel hôpital, qui date de deux ans, et qui occupe un large espace, aux portes de la ville, près de l'extrémité de l'Ullœr Strasse. Heureusement situé, il se compose d'une série de pavillons isolés, rangés sur deux lignes : 2 pavillons de chirurgie, 4 de médecine, 2 de dermatologie et syphilis (professeur Schimmer), 1 pavillon pour les autopsies (prosecteur, le docteur Pertik, ancien élève de M. Ranvier), un autre pour la cuisine, un dernier pour l'administration et les bureaux; c'est le morcellement dans sa plus complète expression. Il en résulte que chaque service de chirurgie, par exemple, forme, à proprement parler, maison à part; le chirurgien est maître souverain dans la section qui lui est confiée. Chaque pavillon de chirurgie est à deux étages; à chaque étage 2 salles qui comprennent chacune 16 lits, et à l'extrémité de chacune d'elles, office, salle de bains, chambre de conversation pour les convalescents. Au premier, la salle d'opération; un cabinet pour les instruments d'un côté, de l'autre, le cabinet du chirurgien. Ici tout est combiné, et l'isolement, et le petit nombre de malades, et l'autonomie de chaque service, pour permettre à l'antisepsie d'être aussi rigoureuse que possible; du reste, les résultats opératoires que nous avons vus dans le service du professeur Reczy l'en témoignent assez. Mais cet hôpital n'est pas ouvert à l'enseignement. A Berlin, 1 hôpital municipal a été construit sur un plan analogue; MM. Chantemesse et Clado en ont publié une description dans ce journal, en 1886. En Russie, c'est encore sur le type des pavillons séparés qu'ont été édifiés la plupart des hôpitaux d'enfants; et, dans un autre travail, nous avons étudié, comme un chef d'œuvre du genre, l'hôpital Saint-Wladimir, de Moscou (1). C'est là, dans toute la force du terme, de la décentralisation hospitalière.

Nous voici arrivés aux hôpitaux d'enseignement proprement dits, qui ne rentrent pas dans le cadre d'un hôpital général, aux véritables Instituts de chirurgie, tels qu'ils ont été conçus et

(1) Etude sur les hopitaux d'enfants et les établissements d'Enfants-Assistés, à Saint-Pétersbourg et à Moscou.

fondés dans les Universités allemandes de date récente. Nous en choisirons deux types : l'Institut du professeur Mickulicz; à Kœnigsberg, celui du professeur Volkmann, à Halle.

Dans un récent article du *Bulletin Médical*, nous avons décrit en détail la Clinique de Kœnigsberg ; nous nous contentons d'en expliquer le plan. (V. *Fg.* 44) .Au rez-de-chaussée (A) est la salle de policlinique, à gauche, une salle d'attente pour les

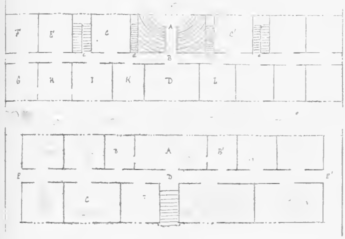


*Fig.*44 .

hommes B), à droite, pour les femmes et les enfants (B'), plus loin, sur l'autre face du long corridor médian D), l'appartement de l'un des trois Assistants (C) ; à ces deux extrémités, le long corridor s'ouvre dans deux pavillons, les deux ailes de l'edifice, qui renferment 2 salles d'hommes, à gauche, 1 salle de femmes et 1 salle d'enfants, à droite. Le premier étage ne correspond qu'au segment médian de l'Isntitut : c'est l'étage d'enseignement; là aussi, une allée médiane; à gauche, l'amphithéâtre (A et deux petites entrées spéciales pour les élèves (aa) de chaque côté de l'amphitéâtre, la salle d'attente « für klinische Kranke » (C, et une autre salle pour les étudiants (C'). sur la même ligne, à l'extrémité, deux pièces distinctes, pour le dépôt (E) et la préparation (F des objets de pansement. — A droite, faisant face à l'amphithéâtre, l'instrumentarium (O), deux appartements d'assistant (K-L), et plus loin, la bibliothèque de la Clinique (I), le cabinet du professeur (G) et une salle d'attente (H) qui le précède et mène aussi dans la bibliothèque. Nous insisterons un peu plus longuement sur la Clinique du professeur Volkmann.

Les instituts de Halle datent de 1879 : ils représentent bien l'idée-maitresse de décentralisation, qui domine l'enseignement médical allemand. Groupés tous le long de la Magdeburger-Strasse, ils forment une série d'édifices en briques, d'aspect élégant et simple, séparés par des jardins. La Clinique de Volkmann, l'une des plus considérables, après l'Institut anatomique, est située entre la Clinique gynécologique du professeur Kaltenbach et la Clinique ophthalmologique du professeur A. Græfe. (V. *Fig.* 45). A l'entrée A), on trouve devant soi l'amphithéâtre (B) et la salle de policlinique (C , s'ouvrant sur une longue allée (D) qui parcourt toute la longeur de l'Institut, et se coude à angle droit, à ses deux extrémités. Sur le corridor médian et ses deux branches latérales donnent tous les services de la clinique de l'établissement. Il y a 4 salles de malades ou Block, 2 d'hommes, 1 de femmes, 1 d'enfants, 1 pour les cas de moindre importance (hommes et enfants); enfin une dernière division isolée est réservée à la diphthérie. Chaque Block est un large pavillon de bois, éclairé sur trois faces et bien aéré, garni sur ces côtés d'une vérandah, où, dans la belle saison, les malades passent une partie de leurs journées. Il y a 30 malades par Block. La policlinique se fait dans une grande salle, attenant à l'amphithéâtre, ce qui permet d'y opérer séance tenante; elle a toujours lieu de bonne heure, pour que les cas intéressants puissent servir à l'enseignement clinique. L'amphithéâtre est un des plus beaux qui existent en Allemagne: très-vaste, éclairé de face par un large vitrage demi circulaire qui donne dans le jardin de la Clinique, un couloir règne derrière les gradins, par où entrent les élèves; deux entrées latérales amènent dans l'hémicycle, d'un côté les malades de la policlinique, de l'autre ceux des services ; l'hémicycle est assez large pour que plusieurs lits y puissent tenir place, et que le pansement puisse se faire sans retard par la main des aides, pendant que le chirurgien commence une autre opération. Il est dallé, et lavé journellement à grande eau ; devant le vitrage, deux rangées demi-circulaires de tiroirs, à paroi interne doublée de verre, servant de vitrines ; derrière eux, un banc, pour les élèves de la Clinique. Dès le matin, les instruments trem-

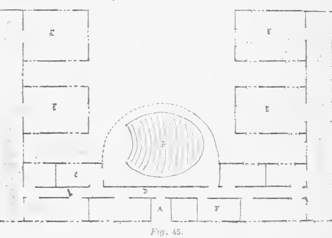


Fig. 45.

pent dans un large bassin de verre, (solution phéniquée). Deux garçons (Diener) sont exclusivement chargés du soin de l'amphithéâtre. (*A suivre*).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Année scolaire 1888-1889).

Semestre d'hiver (3 novembre 1888 .

I. *Cours.* — *Anatomie :* M. Farabeuf. Les viscères thoraciques. Les vaisseaux sanguins. Lundi, mercredi, vendredi à 4 heures (Grand Amphithéâtre). — *Physique médicale :* M. Gariel. Phénomènes généraux et applications biologiques de l'électricité et de l'optique. Lundi, mercredi, vendredi, à midi (Petit Amphithéâtre . — *Pathologie medicale.* M. Dieulafoy. Maladies des voies respiratoires, Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre . — *Chimie médicale :* M. Gautier. Chimie organique générale et médicale. Jeudi, samedi. Cours spécial de chimie biologique. Dérivés azotés des albuminoïdes : Série urique. Ptomaïnes et leucomaïnes. Digestion; Lymphe; Sang. Mardi, à 1 heure (Grand Amphithéâtre). — *Pathologie chirurgicale :* M. Lannelongue. M. Bouilly, agrégé, chargé du cours. Affections chirurgicales de la cavité de l'abdomen et des organes génitaux de l'homme et de la femme. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre . — *Opérations et Appareils :* M. Duplay. Thérapeutique des maladies chirurgicales de l'appareil digestif et de ses annexes (bouche, pharynx, œsophage, estomac, intestins, foie..., etc...). Opérations qui se pratiquent sur ces organes. Chirurgie abdominale. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre). — *Histologie :* M. Mathias Duval. Les éléments de la génération et l'appareil urinaire, Les tissus conjonctifs cartilagineux et osseux. Le système nerveux. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre).— *Anatomie pathologique :* M. Cornil. Anatomie pathologique spéciale. Organes de la respiration; de la digestion. Organes génito-urinaires. Lundi, vendredi, à 5 heures, Faculté (Grand Amphithéâtre). Mercredi, à 1 heure 1/2 (Ecole pratique). Autopsies (voir l'affiche spéciale). Amphithéâtre Bichat, à l'Hôtel-Dieu). — *Histoire de la Médecine et de la Chirurgie :* M. Laboulbène. L'ancienne Académie de chirurgie. Nosographie et thérapeutique historiques. Biographie et Bibliographie médicales. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Petit Amphithéâtre) — *Conférences de Médecine légale :* M. Brouardel. Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures (à la Morgue).

II. *Cliniques.* — *Cliniques médicales :* MM. G. Sée, à l'Hôtel-Dieu, lundi, mercredi et vendredi, à 9 heures 1/2. Potain, à la Charité, mardi et samedi, à 10 heures. Jaccoud, à la Pitié, mardi et samedi, à 9 heures 1/2. Peter, à l'hôpital Necker, mercredi et vendredi, à 9 heures 1/2. — *Cliniques chirurgicales :* MM. Richet, à l'Hotel-Dieu, mardi et samedi, à 10 heures. Verneuil, à la Pitié, lundi, mercredi et vendredi, à 10 heures. Trélat, à la Charité lundi, mercredi et vendredi, à 10 heures. Le Fort, à l'hôpital Necker, mardi, jeudi et samedi, à 9 heures. — *Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale :* M. Ball, à l'asile Sainte-Anne, dimanche et jeudi, à 10 heures.—*Clinique des maladies des enfants :* M. Grancher, à l'Hôpital des Enfants-Malades,

mardi et samedi, à 10 heures. — *Clinique des maladies syphilitiques et cutanées* : M. Fournier, à l'Hôpital Saint-Louis, mardi et vendredi, à 9 heures. — *Clinique des maladies du système nerveux* : M. Charcot, à la Salpêtrière, mardi et vendredi, à 9 heures 1/2. — *Clinique ophthalmologique* : M. Panas, à l'Hôtel-Dieu, lundi et vendredi, à 9 heures. — *Clinique d'accouchements* : M. Tarnier, à la Clinique de la Faculté, mardi, jeudi et samedi, à 9 heures. *Visite des malades tous les matins.*

III. *Conférences.* — *Histoire naturelle* : M. Blanchard, agrégé. Cryptogames. Parasitisme animal. Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures (Grand Amphithéâtre). — *Physiologie* : M. Reynier, agrégé. Fonctions de la reproduction. Organes des sens. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre). — *Pathologie générale* : M. Ballet, agrégé. L'hérédité et les maladies héréditaires. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Salle Laënnec).— *Pathologie interne* : M. Chauffard, agrégé. Maladies du foie et de l'appareil urinaire. Lundi mercredi, vendredi, à 4 heures (Petit Amphithéâtre). — *Pathologie externe* : M. Schwartz, agrégé. Maladies des os, des vaisseaux et des nerfs ; maladies des membres. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre).

IV. *Travaux pratiques.* — *Anatomie* : M. Poirier, agrégé, chef des Travaux anatomiques. Dissection. Démonstrations par les prosecteurs et les aides d'anatomie. Tous les jours, de midi à 4 heures (15, rue de l'Ecole-de-Médecine). — *Histoire naturelle* : M. Faguet, chef des Travaux. Exercices pratiques : Zoologie et botanique. Conférences et démonstrations. Lundi et jeudi (1re série) ; mardi et vendredi (2e série), de 9 h. à 11 h. (Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine). —*Chimie médicale* : M. Hanriot, agrégé, chef des Travaux. Manipulations de chimie. Conférences et démonstrations Mardi, jeudi, samedi, de 8 heures à 10 heures 1/2. (Ecole pratique, rue Vauquelin). — *Physique médicale* : M. N..., chef des Travaux. Manipulations de physique. Conférences et démonstrations. Mardi, jeudi, samedi, de 4 heures à 6 heures (à la Faculté). — *Anatomie pathologique* : M. Brault, chef des Travaux. Exercices pratiques d'anatomie pathologique. Conférences et démonstrations. Tous les jours, à 2 heures, laboratoire des travaux d'anatomie pathologique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. — *Histologie* : M. Rémy, agrégé, chef des travaux. Exercices pratiques d'histologie Conférences et démonstrations. Tous les jours, de 1 h. à 3 heures (*Ecole pratique*, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine). — Des affiches spéciales annonceront les dates de l'ouverture des cours et des travaux pratiques).

V. — *Professeurs honoraires* : MM. Gavarret, Sappey, Hardy, Pajot.

Le *Musée Orfila* et le *Musée Dupuytren* sont ouverts aux élèves tous les jours, de 11 heures à 4 heures.

La *Bibliothèque* est ouverte tous les jours, de 11 heures du matin à 5 heures de l'après-midi et tous les soirs, de 7 heures et demie à 10 heures.

Laïcisation de l'Hôtel-Dieu et de Saint-Louis

Plusieurs journaux politiques ont publié l'information ci-après :

« La laïcisation de l'hôpital Saint-Louis, qui devait avoir lieu le 1er octobre, s'est trouvée retardée par les termes du décret de 1808 (1) qui autorise la communauté des religieuses hospitalières de l'ordre de Saint-Augustin de l'Hôtel-Dieu de Paris, à desservir cet établissement. Ce décret décide, en effet, que la maison mère, siège de la communauté, sera à l'Hôtel-Dieu et placée sous les ordres de la prieure, et, que la communauté de Saint-Louis serait dirigée par la sous-prieure de l'ordre. Il semble donc que la laïcisation sera retardée tant que le décret d'autorisation n'aura pas été rapporté par une décision prise en conseil d'Etat. »

En réponse à cette note, l'*Agence Havas* a communiqué aux journaux la note suivante :

« Plusieurs journaux ont annoncé que la laïcisation de l'hôpital Saint-Louis était indéfiniment ajournée. Cette information est inexacte. La laïcisation de Saint-Louis, qui avait été primitivement fixée au 15 octobre, a été, sur la demande des sœurs, remise au 1er décembre prochain.

« La demande, à laquelle il a été déféré, était basée sur ce motif que, si la date du 15 octobre était maintenue, la congrégation eut été dans l'impossibilité, en raison des vacances du conseil d'Etat, de former, en temps utile, une demande qu'elle serait dans l'intention d'introduire à l'effet d'obtenir un sursis jusqu'à ce qu'il ait été statué au fond sur sa réclamation contre la laïcisation. »

La situation des Religieuses Augustines à l'hôpital St-Louis et à l'Hôtel-Dieu est plus simple qu'on ne le suppose. Pourquoi sont-elles dans ces établissements ? C'est parce que l'Administration de l'Assistance publique leur a confié un service, à des conditions débattues entre les deux parties. L'administration de l'Assistance publique, après avoir trouvé avantageux de recourir aux Augustines, n'en juge plus de même aujourd'hui et dénonce son traité. Aucun texte de loi ou de décret ne s'y oppose, nous assurent des personnes très autorisées.

S'appuyant sur les fonctions qui leur étaient données par une administration municipale, les Augustines ont demandé le décret d'utilité publique dont elle se prévalent aujourd'hui, et elles ont indiqué, comme siège de leur communauté, l'Hôtel-Dieu. Ce siège aurait pu être en dehors, dans une maison appartenant à un tiers, par exemple. De ce qu'elles ont obtenu ce décret d'utilité publique, le propriétaire de l'immeuble où siègerait leur communauté serait-il contraint de les loger éternellement ? Assurément non. Tel est le cas de l'Assistance publique : renonçant aux services des Augustines, elle les prévient qu'elles aient à se pourvoir d'une nouvelle habitation, à changer de résidence.

Il va de soi que, si pour une raison quelconque, depuis 1810, les Augustines avaient voulu déplacer le siège de leur Communauté, elles auraient pu le faire tout en conservant leurs fonctions dans les hôpitaux qu'elles desservaient. Cette résidence, elles l'indiqueront à l'Administration, et, si elles rendent ailleurs des services publics, elles pourront les invoquer pour demander le maintien de l'utilité publique que leur accorde le décret de 26 décembre 1810. Quant à la prétention des religieuses Augustines de maintenir le siège de leur Communauté à l'Hôtel-Dieu, si elle était mise en avant, elle ne se justifierait en aucune façon, car le décret de 1810 ne leur concède ni droit de propriété sur l'Hôtel-Dieu, ni droit d'usufruit.

Nous espérons que le Conseil d'Etat, suivant les désirs du Gouvernement, examinera promptement le pourvoi des religieuses Augustines et que l'arrêté qui fixe leur départ au 1er décembre recevra son exécution à la date convenue. Nous espérons aussi que le Conseil municipal n'hésitera pas à inviter l'Administration à dénoncer le traité pour l'Hôtel-Dieu, avant la fin de l'année.

Assainissement de Reims : utilisation agricole des Eaux d'Egoût.

M. le Dr Henrot, maire de Reims, a eu l'heureuse idée de convoquer le 20 octobre dernier, un certain nombre de médecins, d'ingénieurs et d'administrateurs, à l'effet de se rendre compte des travaux d'assainissement réalisés par la ville de Reims. Nous relaterons avec détails, dans notre prochain numéro, la visite très curieuse faite par les invités aux champs d'irrigation.

Les étudiants Russes de la Faculté de médecine à Paris.

Les étudiants Russes de Paris (1) se divisent naturellement en deux groupes, les Slaves et les israélites. Ils résident plutôt sur la rive droite, aux environs du quartier Latin. Les Slaves sont au nombre de quarante, les israélites au nombre de deux cents environ. Sur les quarante étudiants slaves, trente au moins appartiennent au sexe faible, ce qui s'explique par le fait que maintenant les écoles supérieures de femmes sont en Russie difficilement accessibles. La position économique de ces jeunes gens n'est guère meilleure que celle des autres réfugiés russes. Leur budget moyen est de 80 à 100 fr. par mois. Aussi sont-ils obligés pour la plupart de faire des correspondances et des copies pour ne pas mourir littéralement de faim. Mlle X....., aujourd'hui licenciée ès sciences, fut blanchisseuse au commencement de ses études. D'autres furent maçons ou charpentiers. Les étudiants israélites sont au nombre de 200, dont quatre-vingt-dix femmes. L'année dernière, leur nombre total ne s'élevait pas au delà de [illegible]. La cause de cette augmentation soudaine des étudiants israélites provient de ce qu'en certaines parties de la Russie, et surtout dans la Russie méridionale, leur admission dans les Universités [illegible] limitée à un tant pour cent. La moyenne de leurs ressources est de soixante-dix francs par mois. D'ailleurs l'Alliance [illegible] les protège très efficacement et fournit des subsides à la [illegible] d'entre eux. De plus, ils ont formé une « caisse de secours mutuels des étudiants de Russie résidant à Paris », qui compte environ cent dix membres, dont deux ou trois Slaves, et qui a pour but de payer les inscriptions des étudiants très pauvres et de [illegible] même de l'argent pour achever leurs études. Quelques-uns envoient

(1) Le décret n'est pas de 1808, mais du 26 décembre 1810.

(1) Extraits d'une étude publiée par le *Temps*.

des correspondances politiques et littéraires aux journaux roumains, bulgares, américains ; d'autres font des traductions ou donnent des leçons.

Les étudiants russes, indistinctement, suivent en majorité les cours de la Faculté de médecine. Leurs examens terminés, ils retournent en Russie On ne sait guère qu'un seul d'entre eux qui se soit établi comme docteur en médecine en province. Durant leurs années d'études à Paris, ces jeunes gens, avec les ressources que nous indiquons plus haut, sont naturellement réduits à une existence sobre et recluse.

Ils en profitent pour travailler plus ardemment. Mais encore, avec un appointement aussi minime leur serait-il absolument impossible de vivre, s'ils n'avaient amoindri cette difficulté en formant un certain nombre d'associations. Une véritable communauté d'étudiants et d'étudiantes est établie dans un vaste appartement de la rue Flatters. D'autre part, presque tous ces Russes vivent en communauté. Le plus généralement ils louent, à trois ou quatre, un petit appartement ; d'une chambre ils font un dortoir pour les hommes ; d'une autre un dortoir pour les femmes ; une pièce commune leur sert en même temps de réfectoire et de salle d'études. Ces communautés sont nombreuses au quartier Latin, où l'on s'est habitué à voir ensemble, sans sourire, ces jeunes gens et ces jeunes filles. Même les concierges se sont amadoués ; lorsqu'une jeune fille se présente, afin de choisir un appartement ou une chambre, il lui suffit de décliner sa qualité d'étudiante russe pour que les règlements, toujours élastiques du reste, se conforment à son désir. L'autorisation même lui est tacitement accordée de recevoir à une heure quelconque du jour ou de la soirée ses compagnons ou ses compagnes d'études.

Ces appartements sont sommairement meublés. Le samovar lui-même est un objet de luxe qu'on n'y voit pas souvent. Les murs sont toujours nus, sans autre décoration que l'étagère où sont rangés les livres. Parfois pourtant une photographie est accrochée à un clou : un portrait de famille, ou d'une célébrité, ou encore la reproduction du tableau de Répine, les *Bourlaky* (les *Hâleurs*), dant le sujet est tiré du livre de Rechetnikov, « Ceux de Podlipnaia. » Jusqu'à la fin de l'an dernier, la plupart de ces jeunes gens mangeaient à leur ordinaire de la viande de cheval. Quelques-uns, plus fortunés, vivaient dans divers restaurants russes, rue de Seine, rue de l'Arbalète, rue Monsieur-le-Prince ou encore rue de la Glacière. Mais il s'est récemment fondé, avenue des Gobelins, une sorte de cuisine coopérative, où ces jeunes gens, au nombre de cent à cent cinquante, viennent faire leurs deux repas quotidiens. Un comité dirige et surveille l'institution ; pour éviter les frais de service, ce sont les consommateurs eux-mêmes qui servent : chaque jour, quatre membres de la société sont désignés pour cet office. Quelques-uns se dispensent de cette corvée au moyen d'une offrande destinée à de moins heureux. Au déjeuner, pour la somme de 55 centimes, on obtient une viande, un légume et du pain à discrétion ; le soir, pour 65 centimes, on a un potage en plus. La tasse de thé ou de café coûte un sou. Quant au vin, il est inconnu. Du reste, à ceux qui sont moins riches, des facilités sont accordées. On peut d'abord leur donner des demi-portions au prix de 35 centimes. En outre, les offrandes de ceux qui ne servent pas à table lorsque vient leur tour, les dons des Russes riches s'intéressant à cette œuvre, sont transformés en cachets et ceux-ci sont délivrés gratuitement aux étudiants pauvres. Ce curieux restaurant russe est d'ailleurs très simplement installé. Dans chacune des trois chambres de l'appartement, une grande table blanche en sapin est entourée d'autant de chaises que possible. Pas de nappe, ni de serviette, et des chaises peu confortables. Mais on n'a pas le temps d'y songer et l'on y mange bruyamment et gaiement le *borstch* national. D'autres établissements privés sont installés en divers endroits du quartier.

Les étudiants juifs ont fondé une caisse de secours mutuels. Les étudiants slaves ont plus récemment organisé une société sous ce titre : « La jeunesse slave. » Cette société, dont un comité fonctionne dans toutes les villes où se trouvent des étudiants russes, est destinée à favoriser les études de leurs coreligionnaires pauvres. Elle a été fondée sous le patronnage de MM. Lockroy, ministre de l'instruction publique, et de MM. les Drs Letourneau et Zaborowski, anthropologistes distingués.

Les étudiants russes, sans distinction de culte, possèdent en commun une bibliothèque, sise rue de la Glacière. Cette bibliothèque, fondée en 1875, grâce surtout au concours de Tourguenef, compte actuellement un millier de volumes de littérature, d'histoire et de philosophie. Les membres de la Société de la Bibliothèque sont au nombre de soixante-cinq, qui payent, pour le loyer et pour les abonnements, 1 fr. 50 par mois. Un comité surveille le fonctionnement régulier de l'institution. Chaque membre de ce comité remplit alternativement les fonctions de bibliothécaire. Du reste, tout le monde peut entrer dans la salle de lecture et lire les revues et les journaux russes, moyennant une petite offrande glissée dans un tronc.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 29. — (Epreuve pratique). Médec. opér. : MM. Farabeuf, Reclus, Jalaguier. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Gautier, Lutz, Villejean ; — (2e *Série*) : MM. Gariel, Bourgoin, Blanchard ; — (3e *Série*) : MM. Baillon, Bouchardat, Hanriot. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, A. Robin, Reynier. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Guyon, Budin, Segond ; — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Potain, Déjerine, Chauffard ; — (2e *Série*) : MM. Straus, Lancereaux, Landouzy.

MARDI 30. — (Epreuve pratique). Dissect. : MM. Berger, Campenon, Quenu. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Gautier, Bouchardat, Blanchard ; — (2e *Série*) : MM. Gariel, Bourgoin, Villejean. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Duplay, Bouilly, Peyrot ; — (2e partie) (1re *Série*) : MM. G. Sée, Grancher, Hutinel ; — (2e *Série*) : MM. Peter, Ball, Hanot. — 4e *de Doctorat* : MM. Bouchard, Joffroy, Quinquaud.

MERCREDI 31. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Regnauld, Bourgoin, Villejean ; — (2e *Série*) : MM. Gautier, Lutz, Blanchard ; — (3e *Série*) : MM. Gariel, Bouchardat, Hanriot. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Reynier, Déjerine. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Trélat, Budin, Jalaguier ; — (1re partie) : MM. Guyon, Kirmisson, Segond ; — (2e partie) : MM. Straus, Joffroy, A. Robin.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mercredi 31. — Mlle Goldspiegel. Contribution à l'étude de l'hystérie chez les enfants. — M. Le Roux. Contribution à l'étude de l'artérite syphilitique.

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchements. — MM. les Drs G. LEPAGE et J. POTOCKI, anciens internes des hôpitaux, commenceront le lundi 12 novembre, à 4 heures 1/2, un cours pratique d'accouchements. Ce cours *gratuit* aura lieu tous les jours de 4 h. 1/2 à 5 h. 1/2, 41, rue des Ecoles (à l'Association générale des Étudiants). Ce cours sera complet en 36 leçons et comprendra des exercices pratiques sur le mannequin. MM. les Etudiants qui désirent suivre ce cours sont priés de se faire inscrire, soit chez le Dr G. Lepage, 10, rue Godot-de-Mauroi, soit chez le Dr J. Potocki, 104, rue du Faubourg-Poissonnière, ou au secrétariat de l'Association générale des Étudiants, 41, rue des Ecoles.

Cours de chimie. — M. Philippe LAFFON, ex-interne en pharmacie des hôpitaux de Paris, fera un cours pratique permanent de chimie et de micrographie médicales appliquée à la clinique, à l'hygiène et à la thérapeutique. On s'inscrit au laboratoire, 7, rue des Saints-Pères.

INSTRUMENTS ET APPAREILS.

Un nouveau forceps.

M. le Dr Carrillo, médecin espagnol, vient de faire breveter un nouveau forceps dont nous publions ci-joint le dessin (voir *Fig.* 16). L'auteur insiste sur les avantages de cet instrument au point de vue pratique. La pression exercée sur la tête du fœtus reste invariable avec ce forceps, quelle que soit la façon dont manœuvre l'accoucheur.

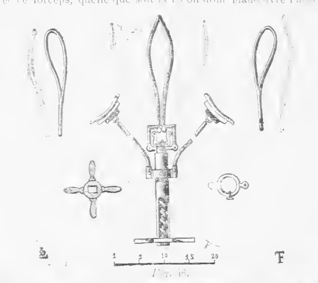


Fig. 16.

La traction se fait très régulièrement dans la direction des axes du bassin, au moyen de la vis de traction. Son application est très simple. Si, à un moment donné, on veut cesser la traction, on ne perdra rien du chemin parcouru ; la tête restera au point où l'aura amenée l'instrument.

Instruments d'une seule pièce et nickelés, susceptibles d'être stérilisés à l'étuve.

M. Tillaux, à l'Académie de médecine, a présenté récemment, au nom de M. Favre, plusieurs *instruments tranchants en acier d'une seule pièce, et nikelés :* 1 couteau d'amputation, 1 bistouri, 1 scalpel, 1 couteau à cataracte de von Graefe, 1 couteau lancéolaire (voir *Fig.* 47, 48, 49, 50).

Précédemment ces instruments se fabriquaient en deux pièces: une lame en acier, et un manche en bois d'ébène, en ivoire ou en un autre métal. Pour assembler le manche à la lame de scalpel on le faisait au moyen de deux rivets: pour les bistouris et les couteaux d'amputation à manches en métal, on les soudait ; et pour ceux à manches en ébène et en ivoire, on les cimentait, ayant au

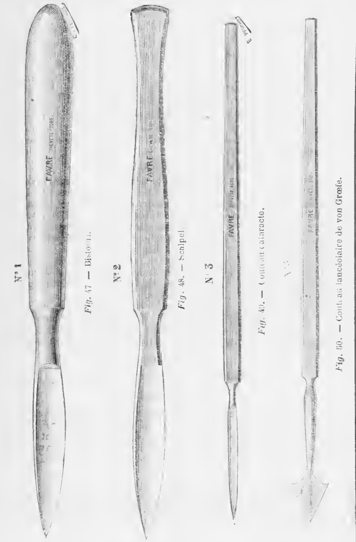


Fig. 47. — Bistouri. *Fig.* 48. — Scalpel. *Fig.* 49. — Couteau à cataracte. *Fig.* 50. — Couteau lancéolaire de von Græfe.

préalable ajusté une virole au bout du manche pour lui donner de la solidité. Pour les couteaux à cataracte, on vissait les lames dans les manches en ajustant une virole, comme cela est indiqué pour les bistouris et les couteaux d'amputation. Malgré cela on ne pouvait obtenir une solidité à toute épreuve ; et ceux qui étaient cimentés ne pouvaient supporter l'action de l'eau bouillante sans se désassembler. Les avantages des instruments tranchants d'une seule pièce sont les suivants : Ils ont une solidité indiscutable ; ils sont capables de supporter l'action de l'eau bouillante, sont d'un entretien facile et réalisent une notable économie de travail dans la fabrication.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 14 oct. 1888 au samedi 20 oct. 1888, les naissances ont été au nombre de 1064, se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 396 ; illégitimes, 162 Total, 548. — *Sexe féminin :* légitimes, 367 ; illégitimes, 149 Total, 516.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 14 oct. 1888 au samedi 20 oct. 1888, les décès ont été au nombre de 928, savoir : 498 hommes et 430 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 9, F. 6, T. 15. — Variole : M 1, F. 2, T. 3. — Rougeole : M. 4, F. 3, T. 7. — Scarlatine : M 0. F. 0, T. 0. — Coqueluche : M. 4, F. 3. T. 7. — Diphthérie, Croup : M. 7 F. 12, T. 19. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 135, F. 55. T. 190. — Autres tuberculoses : M. 14 F. 8. T. 22. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 5. T. 5. — Tumeurs malignes : M. 8, F. 27. T. 35. — Méningite simple : M. 11, F. 11, T. 22. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 20, F. 22. T. 42. — Paralysie : M. 5, F. 2. T. 7. — Ramollissement cérébral : M. 6, F. 10. T. 16. — Maladies organiques du cœur : M. 19, F. 22. T. 47. — Bronchite aiguë : M. 18, F 10 T. 28. — Bronchite chronique M. 15, F. 15. T. 30. — Broncho-Pneumonie : M. 13, F. 14. T. 27. — Pneumonie : M. 19. F. 28. T. 47. — Gastro-entérite, biberon : M. 31, F. 35. T. 66. — Gastro-entérite, sein : M. 10, F. 8. T. 18 — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 1. T. 2. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 5, T. 5. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 15, F. 9, T. 24. — Sénilité : M. 9, F. 20. T 29. — Suicides : M. 11, F. 3, T. 14. — Autres morts violentes : M 6, F. 4. T. 10. — Autres causes de mort : M. 104, F. 79. T. 183 — Causes restées inconnues : M. 3, F. 4, T. 7.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 67, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 28, illégitimes, 5. Total : 33 — *Sexe féminin :* légitimes, 17 ; illégitimes, 17. Total : 34.

Faculté des sciences de Paris. — M. Berthelot, licencié ès sciences mathématiques, physiques et naturelles, est nommé préparateur du cours de physique à ladite Faculté, en remplacement de M. Ledelver. — M. Haudié, agrégé des sciences physiques, est nommé préparateur du laboratoire d'enseignement de physique à ladite Faculté, en remplacement de M. Ledelver.

Faculté des sciences de Paris. — Sont maintenus, pour un an, à dater du 1er novembre 1888, dans la jouissance de la bourse d'études, qui leur a été précédemment accordée près ladite Faculté : MM. Delézinier, licencié ès sciences ; Devaux, pharmacien de 1re classe, licencié ès sciences ; Haug, étudiant ; Lévy, licencié ès sciences.

Faculté de médecine de Paris. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.* — M. le professeur G. Sée commencera son cours de clinique le lundi 12 novembre à 9 heures et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure. Les leçons de ce semestre seront principalement consacrées à l'étude des *maladies du cœur* d'après les recherches modernes.

Cours de Clinique des maladies du système nerveux (Hospice de la Salpêtrière). — M. le professeur Charcot. Leçon clinique le mardi à dater du 28 octobre ; examen des malades le vendredi à dater du 26.

Cours de pathologie chirurgicale. — M. Bouilly, agrégé, remplaçant M. le professeur Lannelongue commencera le cours de pathologie chirurgicale, le lundi 12 novembre 1888, à 3 heures (Grand Amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu). — M. le professeur Panas commencera le Cours de Clinique ophtalmologique, le lundi 12 novembre 1888, à 9 heures du matin, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. Clinique et opérations à 10 heures. — Exercices ophtalmoscopiques, tous les mercredis.

Clinique des maladies mentales (Asile Sainte-Anne). — M. le professeur Ball commencera le Cours de Clinique des maladies mentales, le dimanche 11 novembre 1888, à 10 heures du matin, et le continuera les jeudis et dimanches suivants à la même heure.

Travaux pratiques (personnel). — Le personnel des travaux pratiques à ladite Faculté, est composé comme il suit pendant l'année scolaire 1888-1889. Travaux pratiques de physique : MM. Weiss, chargé des fonctions de chef des travaux ; Sandoz, préparateur ; Mergier, préparateur. — Travaux pratiques de chimie : MM. Hanriot, chef des travaux ; Monange, préparateur ; de Thierry, préparateur-adjoint ; Groslous, préparateur-adjoint ; Bouveault, préparateur-adjoint. — Travaux pratiques d'histoire naturelle : MM. Faguet, chef des travaux ; Berger, préparateur ; Blondel préparateur ; Artaud, préparateur. — Travaux pratiques de physiologie : MM. Laborde, chef des travaux ; Gley, préparateur ; Langlois, préparateur-adjoint ; Héricourt, préparateur-adjoint ; — Travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Brault, chef des travaux ; Chantemesse, préparateur ; Toupet, préparateur, Widal, moniteur ; Marfan, moniteur ; Guinon, moniteur ; Nicole, moniteur ; Parmentier, moniteur ; — MM. Delbet et Potherat sont nommés prosecteurs à ladite Faculté pour une période de quatre ans, à partir du 1er octobre 1888, en remplacement de MM. Barette et Tuffier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La *distribution des prosecteurs et des aides d'anatomie dans les pavillons de l'École pratique* de la Faculté pour le semestre d'hiver est arrêtée de la manière suivante. Pavillon I : prosecteur, M. Villemin ; aides d'anatomie, MM. Legueu, [illegible]-Wall, Chipault. — Pavillon II : prosecteur, M. Hartmann ; aides d'anatomie, MM. Chevrier, Calot, Faure. — Pavillon III : prosecteur, M. Delbet ; aides d'anatomie, MM. Pfender, Dalton, Delagenière. — Pavillon IV : prosecteur, M. Lejars ; aides d'anatomie, MM. Thiéry, [illegible], Arnould. — Pavillon V : prosecteur, M. Poirier ; aides d'anatomie, MM. Mordret, Regnault, [illegible]. — Pavillon VI : prosecteur, M. Baffin ; aides d'anatomie, MM. Lyot, Roques de [illegible], Lafourcade.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LILLE. — Un congé, sans traitement, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, pendant l'année 1888-1889, à M. Simon, préparateur de physique de ladite Faculté. — M. Swyngedauw, licencié ès sciences physiques, est chargé des fonctions de préparateur de physique à ladite Faculté pendant la durée du congé accordé à M. Simon.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LILLE. — M. MALAQUIN est [illegible] pendant la durée du congé accordé à M. Dutilleul dans ses fonctions de préparateur de zoologie à ladite Faculté.

FACULTÉ DES SCIENCES DE NANCY. — M. BAERMANN est délégué dans les fonctions de préparateur du cours de chimie et physique appliquées à l'agriculture, à ladite Faculté, en remplacement de M. Vivier, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DES SCIENCES DE TOULOUSE. — Un congé, du 1er novembre au 31 octobre 1888, est accordé à M. [illegible], chargé des fonctions de maître de conférences à ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER. — M. BLAISE, agrégé près ladite Faculté, est chargé, pendant l'année scolaire 1888-1889, d'un cours complémentaire d'histologie, en remplacement de M. [illegible], dont la délégation est expirée. — M. [illegible], agrégé des Facultés de médecine, est attaché en cette qualité à ladite Faculté, pendant l'année scolaire 1888-1889.

ÉCOLE D'ANTHROPOLOGIE. — XIIIe année : 1888-1889. — Ouverture des cours le lundi 5 novembre, à 4 h. 1/2 du soir, au siège de la Société d'Anthropologie, 15, rue de l'École-de-Médecine.

Anthropogénie et Embryologie comparée. — Professeur : Mathias DUVAL, le lundi 14 janvier 1889, à 5 heures, et les jeudis suivants. — L'Œuf et la Fécondation, les lois de l'hérédité.

Anthropologie zoologique. — Professeur : M. Georges HERVÉ, le mardi 6 novembre 1888, à 5 heures, et les mardis suivants. — Anatomie comparée de l'homme et des singes : les [illegible].

Anthropologie préhistorique. — Professeur : M. Paul TOPINARD, le mercredi 7 novembre 1888, à 4 heures, et les mercredis suivants. — [illegible] de l'espèce humaine [illegible] races humaines. [illegible] des caractères dans la série animale.

Ethnographie et Linguistique. — Professeur : M. Abel HOVELACQUE. — [illegible]

Anthropologie préhistorique. — Professeur : M. Gabriel de MORTILLET, le lundi [illegible] novembre 1888, à 5 h. 1/2 du soir, et les lundis suivants. — Origines de la France, de la guerre et de l'agriculture, [illegible].

Anthropologie physiologique. — Professeur : M. L. MANOUVRIER, le vendredi 9 novembre 1888, à 5 heures, et les vendredis suivants. — L'évolution de la psychologie parallèle [illegible] métaphysiques et des doctrines scientifiques.

Histoire des civilisations. — Professeur : M. C. LETOURNEAU, le lundi 12 novembre 1888, à 4 heures, et les lundis suivants. — [illegible] dans les diverses races humaines ; le gouvernement, la justice.

Géographie médicale. — Professeur : M. A. BORDIER, le samedi 10 novembre 1888, à 4 h. 1/2, et les samedis suivants. — Pathologie comparée [illegible], des espèces et des races ; Maladies parasitaires.

Les cours sont publics. La Bibliothèque et le Muséum d'anthropologie (Musée Broca) sont ouverts aux Auditeurs des cours, tous les jours, les lundis, mercredis et vendredis, de 2 heures à 4 heures.

ÉCOLE DE PHARMACIE. — *Concours d'agrégation.* — Arrêté relatif aux thèses de concours pour les places d'agrégés des Écoles supérieures de Pharmacie. — Vu l'arrêté du 28 juillet 1888, portant qu'il sera ouvert à Paris, le 1er mai 1889, un concours pour [illegible] places d'agrégés des Écoles supérieures de pharmacie [illegible] ; Vu [illegible] ; Vu l'avis des Écoles supérieures [illegible] des thèses [illegible] à leur choix. I. [illegible] : 1° Du développement des organes reproducteurs et formation de l'œuf chez les plantes phanérogames ; 2° La chlorophylle et ses fonctions ; 3° Utilité des caractères cryptogamiques pour la recherche des Microbes ; 4° Du polymorphisme et de la génération alternante dans les Champignons ; 5° Des Magnoliacées et de leurs produits ; 6° Des quinquinas de culture ; 7° Des [illegible] de Pipéracées ; 8° Les insectes qui peuvent produire la vésication ; 9° Les Cétacés souffleurs. — II. *Questions de pharmacie* : 1° Synthèse des alcalis organiques naturels et artificiels employés en pharmacie ; 2° Généralités sur les sirops et les mellites ; 3° Généralités sur les extraits ; 4° Fermentation dont les produits sont utilisés en pharmacie ; 5° Alcaloïdes des quinquinas, leur emploi en pharmacie ; 6° Phénols et dérivés des phénols usités en pharmacie.

ÉCOLE NORMALE SUPÉRIEURE. — M. DEBEYS, ancien élève de ladite École, est délégué dans les fonctions de préparateur de botanique, en remplacement de M. Bernard, appelé à d'autres fonctions.

ÉCOLE PRATIQUE DES HAUTES-ÉTUDES. — M. V[illegible], sortant de l'École normale supérieure, agrégé des sciences physiques, est nommé préparateur à ladite École et attaché en cette qualité au laboratoire de chimie minérale, en remplacement de M. [illegible], appelé à d'autres fonctions.

ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE CAEN. — M. [illegible], docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite École. Nos plus vives félicitations à notre ami M. B.

ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE GRENOBLE. — Un congé, pendant l'année scolaire 1888-1889, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. [illegible], chargé d'un cours de chimie et toxicologie à ladite École. — M. Labatut, suppléant des chaires de physique et de chimie à ladite École, est chargé d'un cours de chimie et toxicologie, pendant la durée du congé accordé à M. [illegible].

ÉCOLE DE PHARMACIE DE MONTPELLIER. — M. Baldy, pharmacien de 1re classe, est nommé préparateur de chimie à ladite École, en remplacement de M. Gastaud, décédé.

ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE REIMS. — Des concours s'ouvriront à la Faculté de médecine de Nancy : 1° le 1er juin 1889, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'École de Reims ; — 2° le 6 juin 1889, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à ladite École. Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture de chacun desdits concours.

ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE REIMS. — M. [illegible] est maintenu, pendant l'année scolaire 1888-1889, dans les fonctions de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à ladite École.

ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOURS. — M. [illegible], chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite École, est [illegible] pendant [illegible] à partir du 1er novembre 1888, des fonctions de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

HÔPITAUX DE PARIS. *Concours de prosectorat.* — La question [illegible] *Nerfs [illegible]* [illegible] l'épreuve a eu lieu lundi dernier 22 octobre.

Concours de l'Externat. — Ce concours a commencé lundi dernier dans le Grand Amphithéâtre de l'Assistance publique. Les premières questions posées ont été : [illegible] ; [illegible]. Les séances ont lieu les lundi, jeudi et samedi.

Concours de l'Internat. — [illegible]

CONSEIL GÉNÉRAL. — A la dernière session du Conseil d'Hygiène publique et de salubrité [illegible], M. [illegible] a donné lecture d'un rapport concernant [illegible] par l'administration [illegible] des établissements [illegible] qu'à certaines [illegible] publics de laisser [illegible] dans des locaux [illegible] — A la [illegible] plusieurs [illegible] dans le personnel employé à la fabrication [illegible], M. [illegible] a été [illegible] de mesures qu'il y aurait lieu de prescrire pour empêcher le retour de ces accidents. Sur la proposition de M. [illegible], et après discussion [illegible] de MM. [illegible], Lœw, [illegible], Troost, [illegible] le Conseil [illegible] [illegible]

procédé. MM. Peligot et Lancereaux ne sont pas persuadés de l'efficacité des vapeurs de térébenthine comme moyen prophylactique, bien que l'essence de térébenthine soit employée avec succès contre l'intoxication phosphorée. M. Dujardin-Beaumetz dit qu'il serait bon de faire des expériences. Le Conseil charge MM. Brouardel, Proust, Lancereaux, Trelat, Riche et Péligot, de l'examen de cette question.

Epidémies — La fièvre typhoïde fait des ravages à Budapest ; la ville est alimentée par une eau insalubre provenant du Danube. — La fièvre jaune n'est plus stationnaire aux Etats-Unis ; la diminution des cas est très notable. — On signale des épidémies de variole en divers points de l'Italie. Celle du Maroc continue à être très sérieuse et le nombre des décès est considérable.

Médecins de Lycées. — M. le Dr Guibert, médecin suppléant au lycée de Saint-Brieuc, est nommé médecin titulaire. — M. le Dr Bellamy, est nommé médecin-adjoint du lycée de Saint-Brieuc.

Mission scientifique. — Est rapporté l'arrêté, en date du 20 juin 1888, qui chargeait M. Gaston Angelevy d'une mission scientifique à l'effet d'explorer la région comprise entre le lac Nyassa et la côte de l'océan Indien, et de visiter particulièrement la bassin du fleuve Roouma.

Sanatoria maritimes. — La mission Lahure est chargée de l'achat d'un territoire sur le littoral saharien de l'Afrique, pour y fonder un sanatorium international.

Ovariotomie chez les vieilles femmes.— La *Revue scientifique* cite le cas d'une femme opérée à l'âge de 79 ans et 10 mois, d'ovariotomie. Au 13e jour, elle allait bien et se levait. Voir à ce sujet : *Progrès médical*, 1887, 1er semestre.

Service de santé militaire (*Concours d'admission en* 1888). — *Liste, par ordre de mérite et par catégorie, des 60 candidats admis à l'emploi d'élève du service de santé militaire, pour être attachés aux hôpitaux militaires ci-après désignés* : I. *Etudiants en médecine à 16 inscriptions* : 1. Austic (Gabriel-Jean), Saint-Martin, à Paris. — 2. Beigneux (Louis-Baptiste-Octave), Bordeaux). — 3. Verdierre-Coquil (Paul-Antoine-Emile-Bazile), Gros-Caillou, à Paris. — 4. Barre (Henri-Jacques), Saint-Martin. — 5. Vialancy (François-Charles-Edouard), Gros-Caillou. II. *Etudiants en médecine à 12 inscriptions.* — 1. Vèzes (Jean), Gros-Caillou. — 2 Allard (Jules-Henri-Frédéric), Gros-Caillou. — 3. Roulet (Léonard), Bordeaux. — 4. Cadet (Auguste-Emile-Marie), Saint-Martin. — 5. Nermord (Louis-Marie-Gustave), Saint-Martin. III. *Etudiants en médecine à 8 inscriptions* : 1. Pichon (Georges-Charles-Eugène), Nancy. — 2. Iversenc (Edmond-Jean-Joseph-Marcelin), salles militaires de l'hospice mixte de Montpellier. — 3. Merciolle (Maurice-Jean-Marie), Gros-Caillou. — 4. Busquet (Paul-Jacques), Bordeaux. — 5. Laporte (Jean-Edouard), Bordeaux. — 6. Patte (Pierre-Louis-Amédée), Nancy. — 7. Le Goic (Victor-Emile), Bordeaux. — 8. Fayot (Albert-Victor), Nancy. — 9. Baissas (Jean-Pierre-René), Desgenettes, à Lyon. — 10. Thomas (Louis-Maurice-Isidore), Nancy. — 11. Brico (Adolphe-Charles-Joseph), Lille. — 12. Teissier (Charles), Montpellier. — 13. Corp (Edmond-Marie-Jean-Baptiste), Gros-Caillou. — 14. Althriffer (André-Charles), Saint-Martin. — 15 Sendrol (Emile-Prosper-Louis), Saint-Martin. — 16 Mauroux (Pierre-Flavien-Prosper-François), Bordeaux. — 17. Moinst (Georges-Auguste-Paul), Gros-Caillou. — 18. Pouy (Jean-François), Saint-Martin. — 19. Marsais (Gaston-Louis), Gros-Caillou. — 20. Boulet (Joseph-André), Bordeaux. IV. *Etudiants en médecine à 4 inscriptions* : 1. Vigné (Gaston), Montpellier. — 2. Dettling (Georges-Edouard), Nancy. — 3. Verse (Léonce-Clément-Louis), Montpellier. — 4. Pecletix (Henri-Constantin), Saint-Martin. — 5. Voulgre Denis-Joseph-Antoine), Saint-Martin. — 6. Le Mitouard (Alfred-Gustave-Marie), Gros-Caillou. — 7. Denoy (Julien-Eli...), Montpellier. — 8. Alberze Eugène Philippe), Saint-Martin. — 9. Bietrix (Adolphe-Emile-Henri), Desgenettes. — 10. Raynaud (Paul), Desgenettes — 11. Coupry (Théodule-Jean-Georges), Bordeaux. — 12. Roquelo (Antoine-Anatole-Joseph), Marseille. — 13. Bromer (Jacques-Léonard-Maurice), Saint-Martin. — 14. Azaïs Jean-Pierre-Marie-Charles), Montpellier. — 15. Lions (Louis-Paul), Saint-Martin. — 16. Boueorbelle (Louis-Justin-Jean-Baptiste), Montpellier. — 17. Beauxils-Lagrave (Romain-Eugène-Dominique), Montpellier. — 18. Rouquette (Paul-Joseph), Bordeaux. — 19. Burgez (Auguste-Eugène), salles militaires de l'hospice mixte de Besançon. — 20. Matval (Odilon-Auguste), Montpellier. — 21. Mac-Auliffe (Victor-Jean), Gros-Caillou. — 22. Le Roux (Auguste), Gros-Caillou. — 23. Bonnette (Pierre-Saint-Hilaire), Saint-Martin. — 24. Vallet (Joseph-Marie-Gabriel), Desgenettes. — 25. Visbecq (Fernand-Maximilien-Hippolyte), Gros-Caillou. — 26. Jaumes (Louis-Sully), Montpellier. — 27. Eylert (Jules-Ferdinand-Paul), Saint-Martin. — 28. Icrele (Charles-Ursmar), Lille. — 29. Fohanno (Léon-Jean-Eugène-Constantin), Rennes. — 30. Zostivirst (Jean-Marie-Désiré), Rennes. Ces élèves devront se présenter, le 10 novembre prochain, à MM. les médecins-chefs des hôpitaux auxquels ils sont affectés.

Service de santé militaire. — Par décret, en date du 12 octobre 1888, M. Blin, médecin principal de deuxième classe de l'armée active, retraité, a été nommé au grade de médecin principal de deuxième classe dans le cadre des officiers de réserve. — Par décret, en date du 12 octobre 1888, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale : *Au grade de médecin principal de première classe.* MM. les médecins principaux de première classe de l'armée active, retraités : Poncet, Massaloup et Lortat-Jacob.—*Au grade de médecin-major de première classe.* MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active, retraités : Champenois, Lanoaille de Lachèze et Mabboux. *Au grade de médecin aide-major de deuxième classe.* MM. les Drs Baylin, Lahaye, Semelaigne, Chambor, Le Royer de Langevinière, Tabournel, Roi, Raison, Deladrière, Soyer, Foubert, Hontang, Fauvel, Frottier et Desforges.— *Au grade de pharmacien principal de première classe.* M. Bouillard, pharmacien principal de première classe de l'armée active, retraité.

Service de santé de la marine. — Par décret, en date du 15 octobre 1888, ont été promus dans le corps de santé de la marine : *Au grade de médecin principal.* M. Guyot, médecin de première classe. — *Au grade de médecin de première classe.* MM. les médecins de deuxième classe Offret, Dubut et Castagné.

Sénateur-Médecin. — M. le docteur Donnet, ancien député, médecin directeur de l'asile de Vaucluse, républicain, a été nommé sénateur de la Haute-Vienne le dimanche 14 octobre.

Société médico-psychologique. — La Société médico-psychologique se réunira, en séance ordinaire, le lundi 29 octobre, à 4 heures précises, rue de l'Abbaye, 3. *Ordre du jour :* 1° Rapports de candidature. 2° Sur les dangers de l'hypnotisme : M. Séglas. 3° Classification des malades mentales : MM. Dagonet, Marandon de Montyel, Aug. Voisin. 4° Communications diverses.

Suppression d'un journal médical. — Le gouvernement Egyptien vient d'interdire la publication du *Shifa*, édité au Caire en langue arabe. L'article qui avait offensé le gouvernement anglais était un récit d'une visite du professeur Virchow au docteur Grand-Bey (du Caire) pendant laquelle on avait parlé de la nature du choléra et de la nécessité d'une sévère quarantaine pour les navires arrivant de l'Inde. (*Lyon médical*).

Nécrologie. — Nous apprenons la mort de M. le Dr Pierre Chevalier, membre de la Société centrale des médecins de France, qui avait été décoré de la Légion-d'Honneur pendant la guerre de 1870 à l'âge de 29 ans, en récompense des soins donnés aux blessés. — On annonce aussi le décès, à Caen, de M. Morière, doyen honoraire de la Faculté des Sciences de cette ville, officier de la Légion-d'Honneur, naturaliste distingué et gendre du chimiste Girardin. — M. le Dr Siry, ancien médecin inspecteur des Ecoles de la ville de Paris, chevalier de la légion d'honneur, mort à Thorey (S.-et-M.) à 86 ans. — M. le Dr E. Chevalier (de Paris). — M. le Dr Verhulet (de Saint-Gilles, à Bruxelles), décédé à 30 ans. — M. le Dr Ladevèse (de St-Galmier).— M. le Dr Pagot, ancien interne des hôpitaux de Paris, décédé le 8 octobre, à Magny-sur-Yonne, à 67 ans. — M. le Dr Arsonneau, de Semillac (Ch.-Inf.), reçu en 1845. — M. le Dr Rey (de Loeche).

NUMÉRO DES ÉTUDIANTS. — Nous prions instamment tous nos lecteurs et toutes les personnes intéressées de bien vouloir nous adresser les renseignements qui les concernent avant le *30 Octobre*.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VIII. N° 44. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 3 NOVEMBRE 1888.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

Rétrécissement cicatriciel du pylore à la suite de l'ingestion d'acide nitrique ;

par **Alexandre PILLIET**, interne des hôpitaux, aide-préparateur d'histologie à la Faculté.

Dans les suicides ou les empoisonnements dûs à l'absorption de liquides caustiques, acides nitrique, sulfurique, chlorhydrique, potasse, etc., ou bien il se produit une perforation immédiate entrainant la mort par péritonite ou bien on voit se dérouler une série bien connue d'accidents toujours les mêmes. D'abord douleurs vives et hémorrhagies pendant la formation des eschares et leur suite, puis rémission plus ou moins marquée, correspondant à la période d'organisation des bourgeons charnus ; et, lorsque les destructions ont été étendues, une troisième période terminale dans laquelle le malade ne peut rien avaler et finit par mourir d'inanition. On constate à l'autopsie un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. C'est là le tableau classique. D'autres fois, le liquide ingéré a pénétré jusque dans l'estomac : il y a déterminé des eschares plus ou moins étendus, et un rétrécissement pylorique. Les symptômes évoluent comme ci-dessus, mais avec des modifications qui doivent permettre, à l'observateur prévenu, de reconnaitre la complication gastrique. Ceci est de la plus haute importance pour le diagnostic. D'abord la situation est beaucoup plus grave dans ce cas et on ne se laissera pas tromper par la période de rémission qui suit les premiers accidents aigus. De plus, les progrès de la chirurgie moderne tendent à vulgariser de plus en plus la gastrostomie, surtout indiquée dans ces rétrécissements cicatriciels étendus de l'œsophage. où le malade est condamné à mourir lentement de faim. Or, lorsqu'il existe des eschares gastriques avec rétraction des parois, lorsque le pylore est rétréci, l'opération est contre-indiquée. La recherche de l'estomac serait en effet très laborieuse et ensuite la bouche stomacale serait rendue inutile par la sténose du pylore. Dans le cas que nous rapportons, la gastrostomie avait été proposée et n'avait pas été exécutée, uniquement à cause de l'état de faiblesse de la malade.

Voici l'observation rédigée pour la partie clinique par notre collègue et ami Engelbach, alors interne du service et que notre maitre M. Gaillard-Lacombe nous a gracieusement autorisé à publier.

Observation. — La nommée Th..., Delphine, âgée de 27 ans, alsacienne, entre dans le service de M. Gaillard-Lacombe, le 24 avril 1888, à 11 heures du matin.

A la suite d'une discussion avec son amant, elle aurait absorbé, nous raconte-t-on, 150 ou 200 grammes d'un mélange d'eau et d'acide nitrique préparé pour des travaux de gravure. En proie, immédiatement après l'ingestion, à de très vives douleurs et prise de vomissements, elle aurait allumé un réchaud, et, au bout d'une demi-heure, des maux de tête intolérables étant survenus, elle aurait appelé au secours. Avant son arrivée à l'hôpital, on lui avait administré un verre de lait.

Nous trouvons la malade d'apparence chétive, se plaignant de très vives douleurs à la bouche et à l'isthme du gosier ; la langue est dépouillée, d'aspect framboisé sur une certaine étendue, couverte ailleurs d'un enduit épais ; sur la voûte du palais et le fond du pharynx se voient des plaques blanchâtres ; la malade fait de continuels efforts pour vomir.

Traitement. — Lait, alcalins. morphine (un centigramme plus tard), eau albumineuse. La nuit, la malade reste calme.

25 *avril.* — A la visite du matin, la malade se plaint toujours de douleurs aussi vives ; *au niveau du creux épigastrique* existe un point très sensible à la pression d'où partent des irradiations douloureuses spontanées; l'état de la cavité bucco-pharyngienne est la même que la veille. Même traitement. A deux heures se produit brusquement une *hématémèse* (3/4 de litre environ), sang rougeâtre contenant quelques caillots noirâtres. Le détachement des eschares a donc été très rapide. Ergotine en injection hypodermique.

La nuit est calme, la malade dort profondément.

26 *avril.* — L'état de la bouche est meilleur; les mouvements de déglutition sont toujours néanmoins très difficiles. Quelques efforts de toux, mais aucun crachat ; pas d'œdème du cou ni d'engorgement des ganglions cervicaux. Température normale. Pouls petit, assez fréquent.

27 *avril.* — Même état ; dans la soirée hématémèse aussi abondante que la première ; faiblesse très prononcée ; la malade commence à absorber quelques verres de lait. Comme toujours dans les cas semblables elle est tourmentée par une soif très vive.

28 *avril.* — La toux est beaucoup plus fréquente, cependant il n'y a ni oppression ni point de côté. A la partie supérieure du côté droit de la poitrine existe une zone de submatité ; la percussion n'est pas douloureuse ; les vibrations égales à celles du côté opposé, le murmure vésiculaire a beaucoup diminué d'intensité. Julep diacodé, le soir; une pilule d'extrait thébaïque de 0,05 centigrammes.

29-30 *avril.* — Même état.

1er *mai.* — La malade ingère quelques aliments légers sans vomissements consécutifs ; la bouche et le pharynx moins douloureux présentent à peine quelques petites ulcérations ; la toux persiste; respiration légèrement soufflante dans la fosse sous-épineuse droite. — Quelques ganglions carotidiens augmentés de volume.

État général moins bon ; la malade ne présente pas d'élévation de température, mais le pouls est petit, fréquent, la langue chargée.

2 *mai.* — Même état ; dans la soirée un peu de somnolence. Température périphérique abaissée (35° 4 ? ; pas de mœlena.

3 *mai.* — Toux beaucoup moins fréquente et pénible ; la respiration s'entend presque normalement au sommet droit.

La malade absorbe, à partir de ce jour, les liquides sans vomissements consécutifs ; malgré les efforts de déglutition (qui ne sont plus douloureux) les plus énergiques, les aliments solides ne franchissent pas l'origine de l'œsophage. Cet état ne se modifie pas du 4 au 29 mai, cependant les forces reviennent.

29 *mai.* — L'état général étant redevenu très bon, la cathétérisme œsophagien est tenté ; les olives n° 2 et n° 3 passent facilement, cependant, en retirant cette dernière, l'on sent un léger degré de stricture au niveau de l'origine du conduit; l'opération ne provoque ni vomissements, ni hématemèse ; le soir la température est normale.

30 *mai.* — Le matin, la malade se plaint de vives douleurs épigastriques. — Vomissement alimentaire à 7 heures. Dans l'après-midi, à la suite du repas du matin, les vomissements se reproduisent.

Potion de Rivière ; glace.

1er *juin.* — Même état ; vomissements persistants. Bromure de potassium 4 grammes.

2 *au* 10 *juin.* — Le malade n'absorbe plus que de très petites quantités de liquide (bouillon, lait). Lorsqu'on lui fait absorber un demi-verre de lait, la moitié environ est rejetée

presque immédiatement, le reste au bout d'une demi-heure, en partie caillé ; pas de bruit de glou-glou œsophagien.

10 *juin.* — Suppression du bromure, vers 9 à 10 heures, très vives douleurs lancinantes dans la région épigastrique, injection de 1 cent. de morphine. L'état général est moins bon, la malade a maigri, perdu ses forces. Lavements alimentaires (bouillon et œufs). — Dans la soirée vomissements très abondants.

11 *au* 20 *juin.* — Même état ; lavements alimentaires matin et soir, le 13 juin, julep avec 4 gouttes noires anglaises. Suppression de la prescription le 20 juin.

30 *juin.* — Cathétérisme, olives nos 1 et 2, morphine 0,01 cent. en injection hypodermique, pas de vomissements consécutifs, mais rejet des matières glaireuses avec quelques filets de sang; le catheter ressort aisément, *sauf au niveau de l'origine de l'œsophage*, comme il a été déjà noté.

1er *juillet.* — La malade n'a de vomissements que dans la soirée où le lait même n'est pas toléré.

Cathétérisme, nos 2 et 3 ; celui-ci ne passe pas, on reprend une seconde fois l'olive no 2.

2-5. — Même état ; tolérance presque nulle pour les liquides.

6 *juillet.* — Cathétérisme, olive no 1 ; l'olive s'arrête à 37 cent. de l'arcade dentaire ; impossibilité de franchir ce point. Le soir, douleur à l'épigastre et le long des fausses côtes ; selles légèrement diarrhéiques.

7 *juillet.* — 3 *tentatives* avec l'olive no 1, la 2e suivie de vomissements, la 3e suivie de succès. La malade rejette ensuite la moitié du lait qu'elle a avalé.

8 *juillet.* — Vomissements pendant toute la nuit du 7 au 8 et pendant la journée du 8 ; légère somnolence.

9. — Cathétérisme avec l'olive no 1. On sent directement à la partie inférieure 3 ressauts qui n'empêchent pas la boule de pénétrer dans l'estomac.

M. le Dr Lucas-Championnière, qui avait été déjà consulté sur ce cas, examine la malade, et discutant l'opportunité d'une intervention, décide de ne rien faire à cause de l'état de faiblesse extrême auquel est arrivé le sujet.

11 *juillet.* — Vomissements immédiats après l'ingestion ; douleurs très vives à l'épigastre ; diarrhée.

12 *juillet.* — Refroidissement périphérique ; [illegible] voix cassée ; anurie, lavements alimentaires avec 100 gr. de poudre de viande.

13 *juillet.* — Affaiblissement progressif ; [illegible] hagard, douleurs vagues.

14 *juillet.* — A 11 heures, commencement de [illegible] collapsus, relâchement des sphincters.

15 *juillet.* — Mort à 11 heures du matin.

AUTOPSIE. — Nous pratiquons l'autopsie le lendemain, à [illegible] heures du soir; en voici les résultats, ainsi que ceux de l'examen histologique :

Le cadavre est dans un état d'émaciation extrême ; tous les organes sont fort petits, décolorés et fermes.

Thorax. Pas de liquide dans les plèvres. *Poumons* [illegible] tionnés aux bases; pas trace de tubercules. Le *péricarde* contient un liquide citrin en assez grande quantité. [illegible] muscle cardiaque est jaune clair, très pâle, assez [illegible] doigt. L'orifice aortique présente des valvules [illegible] le ventricule gauche est légèrement dilaté. Poids du cœur vide 150 grammes.

Œsophage. — Coloration normale, sauf au voisinage de l'estomac où la coloration devient verdâtre. Aspect normal, même au point le plus rétréci.

Dimensions :

Longueur	[illegible]
Largeur à l'origine	2 cent.
— à l'origine de la trachée	1 cent. 1/2
— à 10 cent. du pharynx	2 cent.
— à 20 cent. du pharynx	1 cent. 1/2
— à 6 cent. du cardia	1 cent. 1/2
— au cardia	1 cent.

Au point où le diamètre mesure 5 cent. 1/2, se trouve une sorte de [illegible] allongée de 1 cent. de long ; le fond en est ardoisé.

Abdomen. Pas de liquide. *Muscles droits* présentant de petits points en foyers jaunâtres, couleur rappelant celle de l'encre. *Intestins* un peu injectés, présentant également des mu[illegible]s foncés surtout sur le péritoine du petit bassin.

L'*estomac* est invisible, le triangle gastro-stomique est occupé par le lobe gauche du foie, au-dessous duquel se montre immédiatement le colon transverse légèrement dilaté. La poche stomacale forme un globe situé très profondément en avant de la colonne vertébrale où il est fixé ; on ne l'aperçoit qu'après avoir basculé le foie en haut et renversé le colon en bas. Il est extrait difficilement, car sa face postérieure a contracté des adhérences intimes avec la rate, et le pancréas. Son volume est très petit et peut être comparé à celui d'un cœur d'enfant chose paradoxale dans le rétrécissement du pylore.

Sur une ligne droite allant du cardia au pylore : 10 cent. une ligne perpendiculaire à celle-ci tracée sur l'estomac étalé présente les mêmes dimensions. La surface interne est verdâtre, sans altération cadavérique toutefois, boursouflée irrégulière et villeuse. L'aspect du viscère rappelle celui d'une vessie à colonnes. Sur la face postérieure et la grosse tubérosité existent deux ulcérations de la dimension d'une pièce de 5 francs arrondies ; elles sont peu profondes, limitées par un bourrelet de la muqueuse. Les parois, à leur niveau, mesurent 4, 5 millimètres d'épaisseur ; sur tout l'organe, elles forment une coque épaisse et rigide qui ne revient pas sur elle-même après l'incision.

Le *pylore* est excessivement rétréci, admettant à peine un instrument de 2 à 3 millimètres de diamètre, ses parois en sont sléreuses et entièrement indurées.

Le jéjunum rempli de matières liquides. Les anses de l'*intestin grêle* sont aplaties ; le *gros intestin*, dilaté. *Pancréas* atrophié, de couleur ocreuse. *Glandes salivaires* un peu diminuées de volume, d'une coloration jaunâtre. *Foie*, pesant 1090 gr. avec la vésicule pleine d'une bile foncée, [illegible] capsule est adhérente au diaphragme, par suite d'une périhépatite scléreuse diffuse ; coloration jaune, [illegible] substance ferme. *Reins*, [illegible] gr., très décolorés, surtout dans la substance corticale. *Rate* petite, dure, de consistance [illegible], les travées se voient nettement ; adhérence de la capsule aux organes voisins. *Cou* : la trachée est un peu [illegible] ; les lobes du corps thyroïde, [illegible] [illegible]. On n'a remarqué que quelques ganglions, au voisinage du cardia, qui sont tuméfiés et complètement noirs. Rien aux *organes génitaux*.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — *Œsophage*, à 5 cent. au-dessus du cardia, au point le plus rétréci [illegible] on trouve deux plans de fibres lisses qui sont très altérées, l'interne surtout ; chaque fibre est plus [illegible], plus petite ; les noyaux sont atrophiés ; le tissu conjonctif est plus abondant, [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] sont très larges ; leur paroi [illegible] Le surface [illegible] est formée de [illegible] papilles de tissu conjonctif [illegible] très nombreux ; on ne voit à ce niveau ni papilles, ni glandes ; [illegible] [illegible] [illegible].

Estomac [illegible] Les couches musculaires présentent les mêmes altérations qu'à l'œsophage, mais plus [illegible]. [illegible] remplaçant le chorion [illegible] couche conjonctive épaisse et [illegible] les faisceaux sont séparés par de nombreuses cellules [illegible] [illegible] cette couche présente des [illegible], sans épithélium.

Au bord de la perte de substance de la face postérieure vers son bord pylorique, les couches musculaires présentent les caractères [illegible] et villeux rempli d'éléments [illegible], existent des [illegible] à grosses cellules [illegible] et assez claires. Les tubes des glandes sont détruits ainsi que l'épithélium superficiel.

Sur l'ulcération, la couche musculaire interne a disparu, le fond de l'ulcération est formé d'un tissu conjonctif épais

dont la surface libre est frangée, la face profonde s'adosse à la musculaire externe. Des vaisseaux assez nombreux se montrent vers la surface interne ; les éléments embryonnaires sont abondants.

En résumé, il existe à la surface interne des points où l'on retrouve *quelques culs-de-sacs* glandulaires avec des cellules modifiées, indifférentes, mais sans épithélium superficiel. Ces culs-de-sac sont noyés dans un tissu scléreux, reste de bourgeons charnus qui se sont développés à la suite de la chute des eschares. Ce tissu scléreux remplace le chorion et se prolonge dans les tuniques musculaires qu'il dissocie. Sur d'autres points, ayant à l'œil nu l'aspect d'ulcérations, on voit de véritables pertes de substance allant jusqu'à la couche musculaire la plus profonde. On peut considérer les trois tuniques de l'estomac comme détruites fonctionnellement. Les autres organes, intestin, foie, rein, rate, glande salivaire et muscle ont été examinés avec soin ; les lésions qu'ils présentaient étaient partout les memes et peuvent se résumer d'un mot : il y a atrophie numérique des éléments, portant surtout sur les cellules du parenchyme, qui présentent même sur certains points (foie, gl. sous-maxillaire) une véritable diminution de volume. La trame conjonctive de ces organes résiste davantage, d'où la consistance ferme et les travées fibreuses qu'on y remarque à la coupe.

L'observation qu'on vient de lire présente les caractères bien nets de l'affection qui nous occupe et l'on voit que, dans ce cas, si l'intervention chirurgicale n'avait pas été contre-indiquée par la faiblesse trop grande de la malade, on se serait heurté à des difficultés opératoires imprévues, et que, même en surmontant ces difficultés, on n'aurait abouti qu'à une opération rendue inutile par le degré considérable du rétrécissement du pylore.

En présence de ce fait, nous devons nous poser une double question : d'abord, les cas de ce genre sont-ils assez fréquents pour que l'on ait à s'en préoccuper dans la pratique; ensuite, les quelques traits qui les distinguent du rétrécissement œsophagien pur sont-ils assez nets pour permettre de les distinguer.

Sans faire sur ce point une étude bibliographique complète, nous avons pourtant rapidement trouvé, dans la littérature médicale française, un certain nombre de cas en tout comparables ; mais, dans aucun d'eux, la question d'intervention chirurgicale n'avait été posée. Au musée Dupuytren (pièce 151) se trouve l'estomac d'une jeune fille de 21 ans, morte après ingestion de phosphore d'allumettes dans du café ; après avoir présenté des douleurs vives à l'épigastre pendant 1 mois et 1/2. L'estomac n'est qu'un tube allongé, le grand cul-de-sac est complètement disparu, les parois sont épaissies au point que l'organe donne au doigt la sensation d'un cylindre plein (1). Cruveilhier (2) cite aussi deux cas, l'un de Charselay, l'autre de Barth, présentés tous deux à la Société anatomique, de gastrite sulfurique avec rétrécissement pylorique et mort en deux mois.

Dans l'Atlas de M. Lancereaux (3) on trouve l'observation d'un homme de 48 ans, mort deux mois après l'absorption d'une solution concentrée de potasse d'Amérique, après avoir présenté brulures épigastriques, regurgitation, vomissements, hoquets, etc. A l'autopsie, on trouve un ulcère œsophagien ; sur l'estomac, des cicatrices blanches et étoilées ; un orifice pylorique dur et rétracté, sans muqueuse, permettant à peine le passage d'un tuyau de plume d'oie. De plus, quelques cicatrices duodénales. Il cite deux cas semblables d'empoisonnement par la potasse avec rétrécissement cicatriciel de l'orifice pylorique, tirés du catalogue *of the pathol. Museum of Saint-Georges Hospital* et représente un cas d'eschares noires étendues de la grande courbure consécutives à l'absorption de l'acide nitrique.

Le professeur Laboulbène (1) a présenté à l'Académie de médecine, le 27 février 1877 l'œsophage, l'estomac et l'intestin d'un homme ayant avalé de l'acide sulfurique. Pendant sa survie il avait rejeté des eschares membraneuses qui venaient de l'estomac et contenaient des glandes en tubes comme le montra le microscope. A l'autopsie, il existait des cicatrices fibreuses rétrécissant le pylore qui n'admettait plus qu'un stylet de trousse. Le duodénum était sain. A l'examen histologique, on ne trouve plus de muqueuse à la partie inférieure de l'œsophage ni dans l'estomac.

M. Dujardin-Beaumetz (2), plus récemment, a donné à la Société médicale des hôpitaux l'observation d'une femme de 27 ans, morte d'un rétrécissement fibreux du pylore, six ans après l'ingestion d'acide sulfurique.

Enfin, M. Monnier (3) a montré à la Société anatomique dans un cas d'empoisonnement de ce genre, un œsophage rétréci et un estomac rétracté presque vertical à peu près inaccessible.

Il est inutile de multiplier ces exemples qui se ressemblent tous. On en peut tirer des conclusions pratiques que nous allons maintenant nous attacher à faire ressortir.

Au point de vue étiologique, des liquides caustiques très variés donnent la même lésion. La quantité des liquides avalés pourra faire soupçonner au chirurgien la pénétration, dans l'estomac, d'une plus ou moins grande quantité de poison. Ce fait est d'ailleurs fréquent ; dans deux cas du Musée Dupuytren (4) et dans un cas de Lancereaux (5) terminés par perforation, on a pu voir l'estomac rempli de liquides, dans lesquels nageaient des lambeaux de muqueuse et de tissu cellulaire. Si la perforation ne se produit pas, la douleur épigastrique fixe, la sensation de brulûre à l'estomac, est un signe constant dans les cas que nous venons de passer en revue. Il s'y joint bientôt, quand les eschares se détachent, des hématémèses plus abondantes en général que les pertes de sang venant de l'œsophage. Dans notre cas, ces hémorrhagies étaient on l'a vu très abondantes et de tout point comparables à celles de l'ulcère rond. Il peut aussi exister, comme dans le cas de M. Laboulbène, un rejet de membranes muqueuses suffisamment caractérisées au microscope. Pendant la période de rémission, on observe de l'intolérance à peu près absolue de l'estomac, et des vomissements survenant immédiatement après l'absorption des liquides avec une constance qui n'existe pas dans le rétrécissement œsophagien pur.

L'exploration directe réveille la douleur, mais ne peut fournir grands renseignements ; cette variété de rétrécissement pylorique présente en effet ce caractère

(1) Tixier. Soc. anat., 1865, tome X, p. 415.
(2) Cruveilhier. Traité d'anat. path. gén., t. IV, p. [illegible].
(3) Lancereaux. Atlas d'anat. path., 1871, p. [illegible]. — Obs. II et Traité d'An. Pathol., tome I, 1875, p. [illegible].

(1) Laboulbène. Gaz. méd., 1877, p. 110.
(2) Dujardin-Beaumetz. Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpitaux, 1887, p. [illegible].
(3) Monnier. Soc. anat., 20 janvier 18[illegible].
(4) Houel. Catalogue du Musée Dupuytren, tome IV, 1879, p. 258.
(5) Lancereaux. Loc. cit.

paradoxal de s'accompagner, non pas d'une dilatation, mais d'une rétraction de tout l'estomac. Ajoutons, pour finir, que notre malade n'a pas été pesée, à tort. Depuis que Chossat, en 1840, a montré que la mort survenait chez les animaux inanitiés quand ils avaient perdu 40 0/0 de leur poids, en moyenne, nous ne savons pas que ses recherches aient été utilisées pour le pronostic des cas de ce genre, et pourtant on a là un moyen facile et sûr de se rendre compte de l'état de résistance que présente encore le sujet, à un moment donné de l'évolution de la maladie (1).

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Aiguille enfilée ayant séjournée environ 72 heures dans l'estomac ; vives douleurs ; pas de lésions graves ;

par le Dr MABARET DU BASTY, de Saint-Léonard (Haute-Vienne).

J. D...., journalier cultivateur, 49 ans, à la suite d'une pénible journée de travail, avale gloutonnement une plantureuse soupe limousine et se couche le 15 juin 1888 à neuf heures du soir. Après une nuit calme et réparatrice, il se lève, s'habille, très-dispos, au point du jour, et se rend à pied à une prairie éloignée où il devait faucher.

Dès les premiers coups de faux, il est pris subitement d'une douleur interne, très-vive, lancinante, ayant son siège au niveau du creux épigastrique. Il jette les hauts cris ; le corps se courbe presque à angle droit.

Porté dans un lit, il y reste gémissant toujours, incapable de mouvements, pelotonné sur lui-même, jusqu'au 18 juin à 10 heures du soir. A ce moment les douleurs cessent brusquement, les mouvements deviennent libres, le malade annonce qu'il est guéri et s'endort d'un profond sommeil jusqu'au lendemain matin, vers 7 heures ; alors il s'habille, mange et se rend au travail.

Chemin faisant, il est pris d'un besoin et s'accote à un fossé de la route pour déféquer. Cet acte s'accomplit normalement. Mais en se relevant, le malheureux pousse un cri de douleur et dit qu'il vient *d'être piqué* par un serpent. On accourt pour le secourir. Nulle trace de reptile ou de morsure. En revanche on aperçoit un double fil, long de 40 centimètres environ, sortant de l'anus. On tire sur le fil, nouvelles douleurs et nouvelles plaintes. Enfin, après des difficultés et des souffrances, on extrait, tenant au fil, une aiguille entière dont le chas est assez volumineux pour qu'on y introduise facilement un gros fil de campagne dit *fil retors*.

C'est alors seulement que le pauvre diable, pris d'une immense frayeur rétrospective, vient me trouver. Jusqu'à ce moment, seuls, les guérisseurs et les sorciers de toutes sortes avaient eu accès près de lui. Pas de fièvre. Rien d'apparent à l'anus ou ailleurs, pas de gonflement, aucune douleur stomacale ou abdominale à la pression.

L'aiguille, je l'ai dit, est entière, longue de 5 centimètres, non rouillée, mais noircie par l'hydrogène sulfuré des matières ; le fil est intact. Je suppose qu'elle a été avalée avec la soupe le 15 au soir ; qu'elle a dû le 16 au matin, au moment du travail, se fixer sur le paroi interne de l'estomac, et y rester jusqu'au 18 à dix heures du soir. De là les douleurs et les autres phénomènes venus et disparus tout-à-coup. L'absence de rouille et la conservation parfaite du fil prouvent, en effet, que le séjour dans les voies digestives a été relativement court.

(1) Notre ami [illegible] n'a pas cru devoir traiter [illegible] en détails la question de l'intervention chirurgicale dans les cas de ce genre, question qu'il [illegible] pourtant. Nous comprenons ses scrupules. Mais, évidemment, il n'y a [illegible] moyen de remédier à un pareil [illegible] de choses, [illegible] l'état général du malade [illegible] une intervention sérieuse, c'est [illegible] [illegible] de traitement [illegible] [illegible] C'est [illegible]; [illegible], le plus [illegible] MARC. B.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

A propos de deux travaux récents sur l'hystérie traumatique.

On continue à l'étranger à s'efforcer de battre en brèche les théories et les idées de l'Ecole de la Salpêtrière sur l'hystéro-traumatisme, idées qui nous semblent cependant découler clairement de l'observation clinique et dont plusieurs maîtres qui en avaient tout d'abord été les détracteurs ont fini d'ailleurs par reconnaître, au moins pour une bonne part, la légitimité (1). Dans une publication récente, reprenant les idées autrefois soutenues par MM. Oppenheim et Thomsen, et qui le sont, au reste, encore par ce dernier auteur, M. Strümpell veut faire de l'hystérie traumatique une névrose spéciale qu'il nomme *traumatische Neurose* (2). Il fait tout d'abord une distinction entre les cas où les malades ne présentent que des phénomènes généraux, non complètement en rapport direct avec le traumatisme lui-même — et ceux où se produisent des phénomènes locaux, tels que paralysies, contractures, etc. Les premiers constituent le groupe des *névroses traumatiques générales*, les seconds des *névroses traumatiques locales*.

Parmi les symptomes de la névrose traumatique générale, M. Strümpell insiste tout d'abord, et avec raison, sur les *troubles psychiques* que présentent les malades. Ces troubles sont connus. Parmi eux l'état de mélancolie, d'hypocondrie des sujets tient la première place. Puis vient l'affaiblissement de la volonté, la perte de l'énergie, la faiblesse de la mémoire, l'impossibilité de fixer l'attention, de lire, de compter. A ces troubles se mêlent des souvenirs obsédants de l'accident dont les malades ont été victimes, les rêves s'y rapportant, l'insomnie. Ces phénomènes peuvent conduire dans les cas les plus graves à une véritable faiblesse d'esprit. Ils constituent pour leur ensemble le groupe des psychoses traumatiques.

Mais ce sont là, dira-t-on, les signes de la neurasthénie. M. Strümpell n'a pas manqué de le voir. Seulement ce qui l'empêche de les rapporter à cette affection, c'est l'existence chez les mêmes malades d'autres phénomènes qu'il n'a jamais pu être question de qualifier de neurasthéniques.

Ces phénomènes, les voici : ce sont tout d'abord les troubles de la sensibilité et en première ligne les anesthésies : anesthésie cutanée, en plaques plus ou moins irrégulièrement distribuées, (l'hémianesthésie vraie est donnée comme rare et l'auteur invoque ce fait comme un argument en faveur de sa cause), anesthésies sensorielles, rétrécissement du champ visuel, abolition du goût, de l'ouïe, de l'odorat ; hyperesthésie de la peau au niveau du point qui a été le siège du traumatisme ; sensation douloureuses subjectives ; tremblements ; contractures, etc.

Mais ce sont là, dira-t-on, les stigmates de l'hystérie. Oui, certes, pour nous autres qui admettons que l'hy-

(1) Voir, entre autres, les comptes rendus de la Société de médecine de Berlin du 6 février 1888. — *Bulletin médical*, nos 8 et 9, 1888. — Voir aussi Bernhardt : Beitrag zur Frage, etc. *Deutsche medic. Wochenschrift*, 1888, n° 15.

(2) Strümpell. *Ueber die traumatischen Neurosen*. *Berl. Klin.*, 1888, Heft 5.

térie est une maladie bien nette dont les signes ne le sont pas moins; mais pas pour M. Strümpell. Pour lui, en effet, l'hystérie est quelque chose de vague, d'indéterminé, ne présentant pas de signes caractéristiques et on ne peut en bonne conscience lui rattacher ceux de la *névrose traumatique générale*. Nous n'entreprendrons certes pas, en l'an 1888, de démontrer à nouveau l'existence d'une névrose bien déterminée, à manifestations dûment constatées, qui a nom Hystérie. Les travaux de l'Ecole de la Salpêtrière et en particulier les leçons de son chef, M. le professeur Charcot, ont fait la lumière là dessus depuis longtemps. Que le mot soit mal choisi, surtout lorsqu'il s'agit de l'homme, qu'il rappelle par son étymologie un organe dont la part est nulle ou à peu près dans la maladie, au point de vue tant étiologique que clinique, cela est possible. Mais enfin la névrose existe, elle a nom hystérie, il faut bien en passer par là. « Les faiseurs de nomenclatures, dit Trousseau (Cli. méd. de l'Hôtel-Dieu, t. I, Introduction, p. 22) devraient bien regarder autour d'eux et voir quelles sont les dénominations qui ont survécu et qui traverseront bien des siècles encore, toujours jeunes, toujours intelligentes et toujours triomphantes, malgré les attaques dont elles sont l'objet. Je ne veux pas justifier les mots de Danse de St-Guy, épilepsie, *hystérie*...; on parle en général pour être compris et les mots qui s'appliquent nettement et exclusivement à la chose que l'on veut désigner sont nécessairement les meilleurs. »

Nous appellerons donc hystériques tous les symptômes que M. Strümpell, après bien d'autres, a relevés chez ses malades. Lorsque ces symptômes existent seuls, on a affaire à l'hystérie traumatique pure. Quand au contraire les troubles psychiques dominent à l'exclusion de ceux-ci, c'est en présence de la neurasthénie que l'on se trouve. Jusqu'ici c'est bien simple. Mais reste la combinaison de ces deux ordres de phénomènes, dont la réunion chez le même sujet est, selon M. Strümpell, un argument en faveur de l'existence autonome de la *névrose traumatique générale*. Mais cela n'est pas fait pour embarrasser la question. De ce que l'hystérie coexiste chez un individu avec la sclérose en plaques, la myopathie progressive primitive, avec la maladie de Friedreich et d'autres affections encore, coexistence dont nous pouvons donner des exemples tirés de la clinique journalière, il n'y a pas lieu de créer pour cela autant d'espèces morbides nouvelles. De même chez les traumatisés, l'explication est bien simple; il y a coexistence des deux névroses, hystérie et neurasthénie. Le fait n'est pas rare et M. Charcot en a cité un exemple dans ses leçons. (Voyez in *Leç. sur les mal. du sys. nerv.*, T. III, à propos de six cas d'hystérie chez l'homme, l'observation du nommé Gilb... . Il ne faudrait cependant pas croire qu'il en est toujours ainsi. L'état mélancolique, hypochondriaque des malades présentant des symptômes hystériques n'est pas suffisant à lui seul pour autoriser le diagnostic de neurasthénie. M. Charcot a montré en effet que cet état d'esprit est habituel chez les hystériques males et il est plus probable que bon nombre des troubles psychiques notés étaient le fait, non de la neurasthénie vraie, mais de l'état mental des hystériques hommes.

Après avoir insisté sur l'importance du « *trauma psychique* » (c'est là, soit dit en passant, ce que les Anglais ont depuis longtemps dénommé *choc nerveux, nervous shock*) dans la production des accidents, l'auteur, s'appuyant sur l'incurabilité absolue de ces accidents (il a vu quelques améliorations, jamais de guérisons) soutient qu'il s'agit dans les cas graves de névrose traumatique générale, d'une lésion organique.

L'altération nerveuse produite par la secousse ne se guérit pas et il reste, dit-il, une lésion matérielle inconnue, mais certaine, des centres nerveux. Rattachant, comme nous venons de le dire, les accidents de ce genre à l'hystérie ou à la neurasthénie, point n'est besoin d'ajouter qu'à ce point de vue nous différons complètement d'avis avec l'auteur allemand. D'ailleurs notre opinion touchant l'absence de lésions nerveuses appréciables dans les cas de ce genre repose sur des faits. Nous rappellerons ici que M. Charcot cite dans ses leçons sur l'hystérie mâle (T. III) le cas d'un homme qui s'empoisonna avec du chloral et dont l'autopsie fournit, en ce qui concernait les lésions du système nerveux, des résultats absolument négatifs.

Sous le nom de « *névroses traumatiques locales* » M. Strümpell décrit diverses manifestations hystériques telles que : paralysies, contractures, algies hystériques. Il mentionne l'hyperesthésie de la région traumatisée, l'anesthésie cutanée se présentant quelquefois sous forme d'hémianesthésie, mais passe sous silence les anesthésies sensorielles, et note l'absence de troubles psychiques. Il consent à qualifier ces phénomènes d'hystériques, quoique bien à regret [*die Name ist ja freilich wenig passend, aber einmal gebraüchlich*] et encore pas parce qu'ils sont symptômes d'une névrose appelée hystérie. Selon lui tout phénomène est hystérique qui résulte d'un trouble dans les rapports et les liens qui unissent normalement les faits psychiques et somatiques, les sensations, par exemple. (C'est là détourner de la signification usuelle le terme hystérique, qui signifie seulement appartenant à l'hystérie). Dans ces cas il n'existe qu'un trouble fonctionnel apporté le plus souvent par un processus psychique et la guérison est possible par le même mécanisme. A ce point de vue, M. Strumpell est tout à fait d'accord avec l'enseignement professé à la Salpêtrière depuis plusieurs années.

Arrivons maintenant au second travail que nous nous sommes proposé d'analyser dans cet article. Il est dû à M. le professeur Grasset (de Montpellier) (1). Après avoir relaté l'observation d'un malade atteint, à la suite d'un traumatisme peu grave en lui-même (coup de couteau), mais subi dans des circonstances particulièrement effrayantes (sous un tunnel en construction), d'une monoplégie brachiale droite de nature hystérique, M. Grasset fait un historique rapide de la question. Puis il passe en revue les différents symptomes des accidents hystéro-traumatiques, paralysies, contractures, douleurs, insistant plus particulièrement sur la délimitation de l'anesthésie cutanée au niveau des parties paralysées et sur la présence, chez ces malades, des stigmates hys-

(1) Grasset. — *Leçons sur l'hystéro-traumatisme*, recueillies et publiées par M. L. Bourguet, interne des hôpitaux. In-8° de 36 p. Montpellier, 1889.

tériques, tels que : anesthésies sensorielles, rétrécissement du champ visuel, perte du réflexe pharyngien, etc. Il dit un mot du pronostic, très variable à cause de la durée des accidents et qui touche par plus d'un point à la médecine judiciaire.

Arrivant ensuite à la discussion de la nature de ces cas et de la place qu'ils doivent occuper au point de vue nosographique, M. Grasset admet bien que les accidents névropathiques consécutifs au traumatisme, sont de nature hystérique. Mais selon lui, il s'agit là d'une « hystérie distincte et bien spéciale par son étiologie, ses symptômes, sa marche, sa durée et même son traitement. » Il y aurait dans cette hypothèse plusieurs hystéries, et c'est en effet ce que dit l'auteur dans sa définition de l'hystéro-traumatisme qui serait : « *une névrose générale et plus spécialement cérébrale appartenant à la famille des hystéries et développée par le traumatisme chez un sujet dont la prédisposition ne s'est pas nécessairement affirmé antérieurement par son histoire personnelle ou par son hérédité.* »

Tout d'abord nous ne connaissons qu'une hystérie. Que ses manifestations soient éphémères ou tenaces, qu'elles aient été produites par telle ou telle cause provocatrice, ce n'en est pas moins toujours la même maladie, la même réunion de symptômes, portant un nom unique. Prenons quatre individus présentant tous des accidents hystériques analogues. L'un a vu la maladie se développer à la suite d'une émotion, l'autre est un saturnin, le troisième un traumatisé, le quatrième relève d'une maladie aiguë. Faudra-t-il donc dire l'un de ces patients est atteint d'hystérie émotive, l'autre d'hystérie saturnine, celui-ci d'hystérie traumatique, celui-là d'hystérie des convalescents, et fonder ainsi quatre hystéries distinctes ? Non ; l'hystérie est une, quel que soit l'agent qui en ait provoqué l'apparition. Le traumatisé n'a-t-il pas comme le saturnin, comme le convalescent, les stigmates de la maladie, les troubles sensitivo-sensoriels, les anesthésies ? En quoi diffèrent-ils cliniquement les uns des autres ? En rien. Par la cause de leur maladie, dira-t-on ? même pas en cela.

En effet chez ces malades ce n'est pas le trauma, l'émotion, le plomb ou la maladie aiguë qui a fabriqué de toutes pièces la maladie. Ces sujets-là sont toujours, on peut le dire, même lorsque les recherches en ce sens n'ont pas abouti, des héréditaires. C'est l'hérédité nerveuse qui est chez eux la première cause de l'hystérie. Point n'est besoin qu'elle se soit antérieurement affirmée dans leur histoire personnelle. Le trauma, le plomb, l'émotion, la maladie aiguë leur ont amplement fourni l'occasion de manifester d'une certaine façon leur prédisposition. Ils n'ont fait que jouer là le rôle de causes occasionnelles, et ce n'est pas sur cette notion secondaire de cause occasionnelle que l'on peut morceler une espèce morbide aussi une cliniquement que l'est l'hystérie, et la scinder en une multitude d'espèces distinctes, dont le nombre, on le comprend, peut varier à l'infini.

En ce qui concerne la pathogénie des accidents hystéro-traumatiques, M. Grasset n'est pas partisan de la théorie proposée par M. le P Charcot. Pour lui, ces paralysies ne sont pas des paralysies psychiques par auto-suggestion. Il s'appuie pour prouver cette affirmation sur ce fait que son malade a eu sous le tunnel la force de repousser son agresseur, et qu'au moment où il déployait la force suffisante pour se défendre il ne pouvait avoir l'idée que son bras était paralysé. Mais on n'a jamais prétendu que l'idée d'impuissance motrice naquit dans le cerveau des traumatisés au moment même du traumatisme. Cette idée erronée se présente à leur esprit à un moment quelconque; elle s'y implante peu à peu et finit par réaliser la paralysie par mécanisme psychique. Et d'ailleurs on trouve dans l'observation du malade de M. Grasset quelques lignes qui ôtent toute valeur à l'argument qu'il tire de ce fait et permettent de considérer la paralysie de son malade comme réalisée par auto-suggestion absolument comme chez les autres. En effet (p. 7), M. Grasset s'exprime ainsi : « *Dès le premier instant, il avait en effet constaté que son bras droit était engourdi ; il n'avait plus conscience de sa situation, et, dans les premiers jours qui suivirent sa blessure, il éprouvait, nous dit-il, un cauchemar bizarre : il lui semblait que son bras droit ne lui appartenait plus et qu'il devait être mû par un ouvrier placé à ses côtés.* » Il est impossible de trouver un meilleur argument en faveur de la thèse soutenue par M. Charcot. Ce sont, à peu de chose près, les termes mêmes dont il se servait dans ses leçons. Le fait que cette auto-suggestion se soit produite à la suite d'une idée née dans le rêve n'a rien qui doive nous étonner. On a cité un exemple de paralysie hystérique survenue à la suite d'un rêve (voyez Féré, *Soc. de Biol.*, 1888), et M. Charcot a rapporté le cas d'un individu chez lequel les rêves se rapportant à l'accident dont il avait été victime avaient joué un rôle très important dans le développement des accidents. (Voyez *Progrès médical*, 1887, p. 65 et suiv.). Ce sont là, d'ailleurs, des questions de psychologie physiologique neuves encore, et avec lesquelles l'esprit des cliniciens n'est peut-être pas encore complètement familiarisé. Nous ne saurions trop engager, si l'on veut se faire de la question une idée nette et claire, à lire ce qui s'y rapporte dans les leçons mêmes de M. le Pr Charcot. (Voy. *Leç. sur les mal. du syst. nerv.*, T. III, sur deux cas de monoplégies brachiales hystériques, et *Progrès médical* 1887, p. 68 et suivantes). Quoi qu'il en soit, dans le cas particulier dont il s'agit ici, il est certain que l'idée d'impuissance motrice, d'absence du membre, a existé chez le malade. C'est tout ce que nous voulions constater.

On sait que M. Charcot tire de l'identité qui existe entre les signes des paralysies développées pendant l'hypnose par suggestion verbale ou traumatique et ceux des paralysies hystéro-traumatiques, un argument en faveur de l'origine psychique de ces dernières. M. Grasset conteste la valeur de cette preuve, en disant que l'on peut reproduire chez les hypnotiques toutes les maladies nerveuses et que, par conséquent, si le fait est réel, l'interprétation du moins en est erronée. Je ne sache pas que l'on ait jamais produit chez une hypnotisée une paralysie brachiale semblable à celle qui résulte de l'arrachement du plexus brachial par exemple, tandis que l'on amène toujours par un choc sur l'épaule

une paralysie identique aux monoplégies hystéro-traumatiques. Quoique M. Grasset affirme « qu'une malade endormie présente absolument les mêmes symptômes d'hémiplégie qu'une autre malade qui a eu un foyer d'hémorrhagie cérébrale », il est certain que l'on n'a jamais pu arriver à reproduire chez une hypnotique le syndrome hémiplégie organique avec paralysie faciale. On a pu provoquer l'hémispasme glosso-labié dans l'hypnose. Mais l'hémiplégie avec hémispasme facial, c'est l'hémiplégie hystéro-traumatique et non l'hémiplégie organique. On peut dire, d'après cela, que l'on ne reproduit, en thèse générale, dans l'hypnotisme que des manifestations hystériques. Nous parlons ici du grand hypnotisme, bien étudié et bien observé, qui se présente toujours chez des hystériques, et non du petit hypnotisme qui ne possède pas de caractéristiques somatiques sûres, et dont les manifestations variables et incertaines ne peuvent servir de base à des déductions déjouant toute critique. Or, comme nous venons de le dire, l'analogie des manifestations suggestives hypnotiques avec les accidents hystériques est telle que l'on peut cliniquement conclure à leur identité. L'argument tiré de cette identité reste debout et n'est pas encore battu en brèche. L'Ecole de la Salpêtrière a donc raison de paraître y tenir beaucoup.

Quant à la valeur de la thérapeutique suggestive dans le traitement des accidents hystéro-traumatiques, de la méthode du dynamomètre qui n'en est que l'application, M. Grasset prétend qu' « aucun accident de ce genre n'a pu être guéri par ce moyen, et qu'aucune suggestion n'a pu défaire ce qu'avait fait la prétendue auto-suggestion du début. » A ce point de vue, nous renvoyons l'auteur aux tableaux qui se trouvent dans les *Leçons de M. Charcot* (T. III) et dont nous avons dressé nous-même la courbe d'après les résultats assez satisfaisants obtenus par la méthode suggestive chez deux malades (les nommés Pin... et Porcz...), atteints tous deux de monoplégie brachiale hystéro-traumatique, et à un cas analogue publié cette année dans les *Leçons du Mardi de M. le Pr Charcot* (p. 383).

Nous avons voulu mettre ces deux travaux avec les critiques qu'ils nous semblent comporter sous les yeux du lecteur. Les arguments que leurs auteurs invoquent à l'appui de leur thèse ne nous paraissent pas en somme assez forts pour emporter la conviction et l'ancienne théorie reste debout, telle qu'elle a été formulée, et avec toutes les conséquences pratiques qui en découlent.

GEORGES GUINON.

Un point du traitement opératoire de l'occlusion intestinale.

Le traitement chirurgical de l'étranglement interne est une question qui est loin d'être encore complètement résolue : mais chaque année nous permet de progresser un peu. Quand la cause de l'occlusion intestinale est soupçonnée, sinon nettement reconnue et diagnostiquée, l'intervention doit être évidemment en rapport avec elle. Mais nous ne voulons pas aujourd'hui insister sur ce point. *Quand au contraire la nature de l'obstacle reste indéterminée, quelle conduite tenir?* Une discussion à la *Société de Chirurgie* est venue, l'année passée, fixer les idées sur ce point et montrer l'importance extrême d'une intervention très précoce (1). Que les médecins ne l'oublient donc pas! S'ils tiennent à la vie de leurs malades, qu'ils n'hésitent plus à recourir de suite à l'habileté des chirurgiens aseptiques, habitués à laparotomiser.

Dans ces cas, ainsi que l'a défendu surtout notre cher maître M. Terrier, on fera la laparotomie ; à moins, bien entendu, que l'état du patient soit presque désespéré, car, dans de telles conditions, n'est-il pas vrai, on ne doit tenter qu'une opération palliative, aussi rapide que simple. Le ventre ouvert, il peut arriver trois choses : 1° il y a erreur de diagnostic; il ne s'agit pas d'une occlusion. On a affaire à une péritonite, suppurée ou non, ou bien à une autre affection. On instituera alors un traitement en rapport avec la lésion constatée. 2° Le diagnostic occlusion est exact, on découvre l'obstacle aux cours des matières; alors l'on rentre dans notre première hypothèse. A cause connue, remède tout trouvé, ou tout au moins indiqué par les auteurs classiques. 3° On ne trouve rien du tout et l'obstruction n'en existe pas moins (Pseudo-étranglement). Que faire ? *That is the question*.

Faut-il refermer tout simplement l'abdomen ? On l'a fait, parfois avec succès, mais bien rarement. Faut-il tenter autre chose ? Cela paraît plus rationnel, sinon plus simple.

Si l'entérotomie peut donner des résultats, le ventre n'ayant pas été ouvert, si l'anus contre nature ordinaire doit être considéré comme une opération palliative dont la valeur est prouvée, pourquoi ne le pratiquerait-on pas, après une laparotomie exploratrice restée infructueuse. C'est ce que certains chirurgiens ont tenté. On peut donc faire l'entérotomie classique en un point approprié dans les cas de ce genre. Et l'on a bien raison de recommander cette ligne de conduite : 1° parce que, si l'obstacle existe, tout en restant inaperçu en raison des difficultés connues de l'exploration abdominale (météorisme exagéré), tout est pour le mieux ; 2e si on l'a détruit, pendant qu'on le recherchait, (volvulus, coudures, étranglement par brides, etc.), l'opération aura été il est vrai inutile, mais on aura une garantie de plus : 3e s'il n'y a pas d'obstacle du tout, le même raisonnement est applicable. Une telle intervention n'a donc pas d'inconvénient notable. Mais n'y a-t-il rien de mieux à essayer que cette sorte de *laparo-entérotomie ?* Y a-t-il une opération qui présente plus d'avenir? Oui, certainement : c'est l'*entérotomie* dite *de Madelung*, excutée pour la première fois en France par notre maître, M. Terrier, mais dans un cas bien différent. (On ne pouvait chez son malade songer à remédier directement à la cause de l'obstruction, parfaitement reconnue ; c'était un cancer inopérable du colon descendant). En quoi consiste-t-elle donc ?

Les anses intestinales ayant été attirées au dehors par l'incision médiane de la paroi abdominale, les recherches intra-péritonéales étant restées infructueuses, qu'il y ait ou non du météorisme, on pratique une incision transversale de 15 à 20 millimètres sur une partie

(1) Nous résumons ici l'intéressant article de M. Maurice Hache, paru dans le *Bulletin Médical*, numéro 84, 21 octobre 1888, Voir aussi *Bull. de la Société de Chirurgie*, mai 1887.

de l'intestin. Grâce à elle, on évacue une quantité considérable de gaz et de liquide intestinal. Puis cette incision est de suite suturée. On peut se contenter de cette manœuvre et réduire ensuite la masse du tube digestif, ce qui est désormais facile. Avec les précautions aseptiques voulues, pour un chirurgien habile, cette façon de faire n'est pas aussi dangereuse qu'on pourrait le croire à première vue. Mais on pourra aussi, pour plus de sûreté, suturer une anse intestinale quelconque, la portion incisée ou une autre, au niveau de la plaie abdominale, sans l'ouvrir. Si l'état du patient s'améliore, point ne sera besoin de créer là un anus contre nature. Si, au contraire, le mal empire, deux jours après, on ouvrira l'anse intestinale fixée préalablement à la peau. Peu importe le nombre d'heures qu'il faut attendre avant de faire cette ouverture secondaire ; il faut se baser sur le moment de la réapparition des symptômes alarmants ou sur leur persistance.

Cette opération facile, sans gravité par trop considérable, a l'avantage de supprimer le météorisme, si gênant dans les cas d'occlusion pour l'exploration de l'abdomen, et de permettre, une fois faite, une nouvelle et dernière recherche de la cause des accidents. En amenant l'affaissement de l'intestin, elle assure la possibilité de la rentrée, sans difficulté, des anses du tube digestif dans la cavité péritonéale. En outre, elle est préférable à l'anus contre nature ordinaire pour deux raisons : 1° Son action se fait immédiatement sentir, car le malade est immédiatement soulagé ; tandis que l'anus contre nature, s'il amène parfois une détente assez rapide, ne fonctionne souvent qu'au bout d'un certain nombre d'heures. 2° S'il n'y a pas d'obstacle aux cours des matières le ventre fermé, elle peut éviter la création de l'incommode et désagréable anus artificiel.

Nous n'ignorons pas qu'on a proposé d'autres procédés pour lutter contre le météorisme dont le chirurgien a tant de peine parfois à se rendre maitre au cours d'une laparotomie faite dans de telles conditions ponctions capillaires, lavage de l'estomac); mais nous ne tenions aujourd'hui qu'à attirer l'attention de nos lecteurs sur un point mal connu du traitement chirurgical de l'occlusion intestinale, à savoir ce que l'on doit faire quand, le ventre ouvert, on ne trouve pas, à son grand regret, le corps du délit. MARCEL BAUDOUIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 22 octobre 1888. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

M. MAREY étudie la *claudication par la douleur.* La claudication peut avoir des causes très variées, le raccourcissement d'un membre, la raideur d'une articulation, la faiblesse d'un muscle ou d'un groupe de muscles, etc. Mais il est une autre cause qui fait boiter, c'est quand l'appui du pied sur le sol est douloureux : la claudication est alors volontaire ; elle a pour but d'atténuer la souffrance en diminuant la pression du pied sur le sol. L'homme qui souffre d'un pied peut. en surmontant la douleur par un effort de volonté, cesser un moment de boiter, mais sa claudication reparaît bien vite ; elle s'exagère même à mesure qu'il s'étudie à trouver une manière de marcher qui le fasse souffrir le moins possible. Sur les chevaux, on voit des boiteries de ce genre cesser un instant sous l'action d'un coup de fouet ou par une émotion soudaine de l'animal. Si l'on observe avec quelque attention la boiterie par douleur, on voit qu'elle consiste en un abaissement subit du corps, au moment où le pied douloureux repose sur le sol; le corps se relève ensuite énergiquement pendant l'appui du membre sain. Or, la descente du corps pendant l'appui sur le sol diminue la force de cet appui et, par conséquent, la douleur qui l'accompagne. La photo-chronographie, appliquée à cette question, démontre que plus l'appui du pied douloureux s'accompagne d'un brusque abaissement du corps, plus est courte et peu élevée la courbe qui exprime l'intensité d'appui du pied. Mais, dès que le pied douloureux vient à l'appui, il rachète l'abaissement passager qui venait de se produire en imprimant au corps une ascension qui rétablit le niveau moyen suivant lequel la masse du corps se transporte.

M. MAREY a. avec M. Corblin, analysé au moyen de la méthode photo-chronographique, les *mouvements de la natation de l'Anguille.*

MM. J. FERRAN, d'une part, et DOMINGOS FREIRE, de l'autre, adressent des réclamations de priorité au sujet de la méthode d'atténuation du virus cholérique due à M. Gamaleia. PAUL LOYE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 27 octobre 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

M. R. DUBOIS rappelle que certains animaux tels que. par exemple, la vipère et la grenouille, ne sont pas sensibles au chloroforme. En pulverisant sur la tête du chlorure de méthyle, on arrive à les insensibiliser complètement. L'action du chlorure de méthyle sur le cerveau a, dans ces cas, produit une inhibition de la moelle.

M. BROWN-SÉQUARD avait observé depuis longtemps les faits rapportés par M. Dubois.

M. R. DUBOIS avait montré dans une précédente communication qu'il se produisait une opacité de la cornée chez les animaux soumis aux inhalations de vapeurs de chlorure d'éthylène. Il a constaté depuis que, sous l'influence d'une nouvelle inhalation, l'opacité disparaissait. Il en est de même. en outre, si l'on emploie le chloroforme. Mais, dans ce cas, la dose de l'agent médicamenteux doit être plus forte et les résultats sont moins nettement appréciables.

M. HENNEGUY communique les résultats de ses recherches sur l'influence de la lumière du jour sur la phosphorescence des Noctiluques.

M. DAREMBERG, en faisant absorber à des lapins et à des cobayes, de l'huile par les voies digestives, a remarqué que ces animaux ne tardaient pas à engraisser. Mais si au contraire l'huile est injectée sous la peau à doses fractionnées, on voit la mort bientôt survenir ; et, alors qu'il n'existe localement, au niveau des piqures, aucune lésion inflammatoire ou autre, on note une péritonite généralisée avec dégénérescence graisseuse des vaisseaux de la rate. Ces résultats restent constants quelque soit la quantité de l'huile employée : la quantité par contre est variable suivant les diverses espèces animales.

M. BROWN-SÉQUARD a fait des expériences desquelles il résulte que l'intestin absorbe parfaitement les huiles; mais il se demande comment il se fait que l'animal succombe aux injections sous-cutanées, alors qu'il ne meurt pas lorsqu'on pousse une injection d'huile dans le sang, d'une façon assez lente toutefois pour qu'il ne se produise pas d'embolie graisseuse.

M. DASTRE pense, lui aussi, que l'huile injectée en petite quantité sous la peau peut être parfaitement absorbée : dans ce cas, l'absorption se fait comme toujours par les lymphatiques qui prennent l'aspect blanc laiteux des chylifères.

M. LATASTE communique le résultat de ses recherches sur l'*enveloppe vaginale et la vaginite des Rongeurs;* — M. DUBOIS sur l'*influence des rayons lumineux sur les*

Invertébrés; — M. Peyron, sur les *variations du mélange gazeux dans les feuilles.*

M. Henneguy dépose, au nom de M. Lannegrace (de Montpellier), trois notes: *Influence des lésions corticales sur la vue chez les chiens*; — *Influence de ces lésions sur la vision du singe*; — *Contribution à l'étude de l'hémiopie homonyme et de l'amblyopie croisée d'origine corticale.*

Gilles de La Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 30 *octobre* 1888. — Présidence de M. Hérard.

M. Charcot lit au nom de M. Lannegrace (de Montpellier) un mémoire sur *l'hémiopie homonyme et l'amblyopie croisée* qu'il résume dans les conclusion suivantes: L'hémiopie homonyme est le résultat d'une lésion qui frappe directement l'appareil sensoriel. après qu'il a subi la semi-décussation chiasmatique. Les fibres optiques semi-décussées, après s'être dégagées des couches optiques, s'irradient sur une étendue considérable de la convexité de l écorce, depuis l'occiput en arrière jusqu'à la région motrice en avant; le gros des fibres optiques se concentre dans le lobe occipital; le reste des fibres optiques s'éparpille dans les parties antérieures de l'écorce La zone visuelle ou de l'hémiopie est donc très étendue, mais elle a son foyer dans l'occiput. Les cellules visuelles de l'écorce peuvent se suppléer dans une certaine mesure: le retour d'un certain degré de vision a été possible après plusieurs mois de survie chez un singe qui avait subi une destruction complète des deux lobes occipitaux et des deux gyrus angulaires. Quand une lésion frappe l'ensemble des conducteurs optiques après leur semi-decussation (bandelettes optiques, couches optiques et leur voisinage), l'hémiopie est absolue. à plan limité vertical. Quand une lésion ne frappe qu'une partie des éléments terminaux de l'appareil optique (lésion corticale), l'hémiopie prend un caractère particulier; la vision centrale persiste. L'amblyopie est la compagne obligée d'une altération de la sensibilité oculaire dont elle paraît être la conséquence. L'amblyopie est probablement le résultat d'un vice nutritif de la rétine provoqué par une lésion portant sur l'appareil sensitif oculaire Comme cet appareil subit une decussation totale au niveau de la protuberance, si la lésion le frappe dans sa partie centrale, l'amblyopie est forcément croisée. Le faisceau sensitif oculaire est condensé dans le segment postérieur de la capsule interne; là, il se trouve très voisin du faisceau optique.

Une lésion de cette région, suivant qu'elle atteindra les deux faisceaux sensoriel et sensitif. isolément ou simultanément, entrainera soit l'amblyopie croisée. soit l'hémiopie homonyme, soit l'association de ces deux ordres de troubles. Au sortir de la capsule, le faisceau sensitif oculaire paraît s'irradier vers la region fronto-pariétale et spécialement vers le lobe pariétal (lobule supérieur). La zone oculo-sensitive, zone de l'amblyopie, serait donc inserite dans la partie antérieure de la zone visuelle, zone de l'hémiopie. Une lésion corticale. frappant les deux appareils sensitif et sensoriel à leur point de contact. devrait toujours entrainer à la fois l'amblyopie et l'hémiopie: celle-ci peut cependant manquer, en vertu de la suppléance mutuelle des cellules visuelles.

M. Guérin présente une série de pièces dues à M. Mossé (de Montpellier) et démontrant la possibilité de *greffes osseuses.* Ces pièces prouvent la réimplantation d'une rondelle du crâne enlevée par la trépanation, la transplantation de la rondelle sur un animal de même espèce et la transplantation sur un animal d'espèce différente.

M. Jaccoud fait une communication sur l'action de l'a*cide fluorhydrique sur le bacille tuberculeux.* M. Jaccoud, à la suite d'expériences entreprises sur les animaux, pense que l'acide fluorhydrique en solution, graduellement concentrée jusqu'à égalité d'acide et d'eau, ne supprime pas et ne modifie à aucun degré la virulence des crachats tuberculeux bacillifères. L'acide dilué à divers degrés, concentré même jusqu'à égalité d'acide et d'eau, serait impuissant à modifier la vitalité et la transmissibilité du bacille tuberculeux.

M. Hérard persiste à croire que l'acide fluorhydrique anéantit la virulence du bacille et se propose de le démontrer dans une prochaine séance.

M. Chervin fait une communication sur *le nombre des enfants par ménage*, d'après les résultats du dernier dénombrement de la population. Il résulte de cette vaste enquête que les familles françaises peuvent se classer de la manière suivante:

2.073.205	n'ont pas d'enfants:	soit	20 %..
2.542.611	ont 1 enfant:	soit	24 %.
2.265.317	ont 2 enfants:	soit	22 —
1.512.054	ont 3 enfants:	soit	15 —
936.853	ont 4 enfants:	soit	9 —
549.693	ont 5 enfants:	soit	5 —
313.400	ont 6 enfants:	soit	3 —
232.188	ont 7 enfants:	soit	2 —

La moyenne en France est de 259 enfants pour 100 familles ayant des enfants.

M. Verneuil fait une communication sur la nature infectieuse du *tétanos* et sa transmissibilité à l'homme. La transmission inter-humaine, qu'on ne saurait contester en principe, n'est encore démontrée que par un petit nombre de faits; cette transmission ne paraît pas emprunter la voie atmosphérique et semble se faire exclusivement par contact direct ou indirect. Le premier mode, contagion immédiate. n'est encore établi par aucun fait décisif. Le second mode, contagion médiate, s'appuie au contraire, sur des observations cliniques assez nombreuses. Il est parfois très difficile encore de démontrer le véritable agent du transport, parmi les intermédiaires nombreux et variés échelonnés entre le premier tétanique et les suivants. Cette recherche doit donc être poursuivie avec opiniâtreté, car seule elle nous apprendra à prévenir un mode d'extension du mal, rare peut-être, mais tout à fait indiscutable.

M. Ch. Périer présente deux malades qu'il a récemment opérées. la première en lui pratiquant une *résection étendue de la paroi abdominale* pour une éventration consécutive à une hystérectomie faite quatre ans auparavant; la deuxième, en lui extirpant un kyste hydatique du bassin.

M. Vallin lit un rapport sur *le prix de l'hygiène de l'enfance.*

M. Gautier lit un rapport *sur le prix Orfila.* A. Josias.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 26 *octobre* 1888. — Présidence de M. Siredey.

M. Mesnard (de Bordeaux) adresse à la Société une lettre dans laquelle il dit avoir en 1883-84 soigné et guéri un *kyste hydatique du foie suppuré*, par le procédé préconisé par M. Debove. Dans deux autres faits de kystes hydatiques, soignés par deux de ses confrères de la même façon, la guérison aurait été également obtenue.

A ce propos M. Debove rapporte brièvement un cas observé tout dernièrement par M. Bouilly, qui enleva au malade de nombreux kystes de l'abdomen, au moyen de la laparotomie. Un an après, nouveaux kystes, un dans le foie et l'autre dans la fosse iliaque; ponction et injection de sublimé. Nouvelle guérison, mais un peu plus tard un nouveau kyste se produisit dans la rate.

M. Troisier fait remarquer que souvent ce qu'on prend pour une récidive du kyste dans un autre organe n'est pas dû à autre chose qu'au développement ultérieur d'un kyste déjà existant dans cet organe, mais passé inaperçu au début à cause de sa petitesse. Il préconise l'aspiration comme premier mode de traitement à employer, surtout si le kyste est récent et uniloculaire, ce procédé seul amenant souvent une guérison définitive. Comme preuve, il montre un malade qu'il a traité ainsi il y a deux ans pour un kyste du foie et qui n'a pas eu de rechute; il a seulement le foie un peu plus gros que normalement.

MM. Féréol et Bucquoy pensent au contraire qu'il s'agit encore actuellement d'un kyste hydatique du foie.

M. Moutard-Martin a guéri par une simple ponction une petite fille qui avait deux kystes hydatiques du foie.

M. Labbé au contraire préconise le procédé de M. Debove.

M. Debove vient d'observer un veillard de 81 ans qui n'était malade que depuis trois semaines, lorsqu'il entra dans son service. Il n'avait que 32 pulsations. Le cœur semblait sain, à peine quelques râles dans la poitrine. Et cependant il avait une dyspnée continuelle et chaque jour il avait une crise syncopale suivie d'une attaque épileptiforme. C'était en somme le type du *pouls lent permanent de Charcot*. M. Debove cependant, ayant observé un peu d'œdème malléolaire, bien que les urines ne renfermassent ni sucre, ni albumine, comme leur volume ne dépassait pas 500 à 800 grammes par 24 heures, contenant 8 grammes 52 d'urée, mit le malade au régime lacté, le considérant comme un urémique. Le taux des urines remonta à 12 ou 1,500 gr. avec 20 gr. 58 d'urée et aussitôt les crises et la dyspnée disparurent, le pouls ne se modifiant pas. M. Debove pense donc que les accidents ne doivent pas être imputés à une altération bulbaire. Il croit que, dans le pouls lent, la pression artérielle étant très basse, la secrétion urinaire doit nécessairement être ralentie, d'où état d'urémie chronique par élimination insuffisante d'urine, se traduisant par diverses manifestations, dyspnée, crises syncopales ou épileptiformes.

M. Rendu objecte à cette interprétation que d'abord rien ne prouve que ce malade ait une affection rénale, qu'ensuite l'urémie ne se manifeste jamais ainsi. Il pense que le pouls lent est une affection primitivement bulbaire; en général rien ne peut augmenter le nombre des pulsations chez ces malades, mais c'est en somme une maladie encore à l'étude.

M. Chauffard présente le *moulage d'un gland* d'un vieillard de 69 ans qui, il y a quelques années, à la suite de la circoncision faite pour un petit papillôme du frein, après une récidive et une nouvelle opération, vit apparaître à la base du gland, à sa partie supérieure, une vraie corne de 3 centim. 1/2 de long, sur 2 1/2 de diam., dure et contournée en spirale. Ce papillôme corné tomba au bout de deux ans, mais se reproduisit. Depuis lors elle tombe et se reproduit dans la même période et de la même façon.

Un malade du service du professeur Fournier (suppléé par M. Quinquaud) est présenté par M. Morel-Lavallée. C'est un garçon d'amphithéâtre, qui depuis quatre ans avait à la main droite plusieurs tubercules anatomiques et qui récemment a eu une série de gourmes tuberculeuses le long des lymphatiques de la main au coude. L'état général est bon. On le traite par des injections de vaseline iodoformée à 1/100, pratiquées à la racine du membre. L. Capitan.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 31 octobre 1888. — Présidence de M. Le Dentu.

M. Kirmisson, à propos du procès-verbal, dépose les deux observations *d'acné hypertrophique* dont il avait parlé dans la dernière séance. Dans le premier cas il s'agissait d'un malade ayant de l'acné hypertrophique ayant envahi le front, la joue et le nez, sur ce point il y avait une véritable tumeur retombant sur la lèvre supérieure. L'on fit la décortication du nez suivant le procédé d'Ollier; l'opération, commencée au bistouri, fut terminée au thermo à cause du sang. Guérison rapide et réparation parfaite. L'examen histologique pratiqué par M. De Gennes, montra deux tissus différents suivant les points examinés; par places il y avait une véritable hypertrophie glandulaire, tandis qu'en d'autres endroits il y avait un tissu scléreux riche en vaisseaux.

La seconde observation a trait à une *ostéomyélite du péroné* pour laquelle on enleva la totalité de cet os. Ce qu'il y a de remarquable dans ce fait, c'est le début insidieux et la coexistence d'une affection osseuse des doigts prise pour un spina ventosa tuberculeux. Or il ne s'agissait point d'ostéite tuberculeuse, mais de cette variété d'ostéomyélite à début lent et insidieux, sur laquelle le professeur Trélat a appelé l'attention et si bien décrite cette année dans la thèse de M. Demoulin.

M. Delens a observé une *tumeur pédiculée de cette nature* siégeant sur le lobule du nez et retombant jusque sur le menton, gênant l'alimentation et la respiration. Excision du pédicule. Guérison rapide.

M. Terrillon rappelle qu'en 1873 il a été fait une thèse inspirée par Guérin et où sont rassemblés tous les faits de ce genre connus jusqu'alors. L'on y établit qu'il y a, comme dans le cas de Kirmisson, deux choses : de l'acné hypertrophique et de l'éléphantiasis.

M. Marc Sée a vu plusieurs malades analogues. Il a remarqué, comme ses collègues, qu'après l'opération le nez reprend sa forme primitive.

M. Lucas-Championnière rappelle qu'Ollier a décrit tout au long le procédé employé par les précédents chirurgiens et insiste sur ce fait que le résultat opératoire affreux au premier abord devient excellent par la suite.

MM. Kirmisson et Le Dentu protestent d'avoir voulu enlever à Ollier la priorité de l'opération. Ils ont cité tous cet opérateur, qui n'a pas du reste été le premier à faire la décortication.

M. Le Dentu ajoute un fait nouveau. Il s'agit d'une jeune négresse opérée par lui à la Guadeloupe il y a 15 ans; la tumeur retombait sur la lèvre superieure qui ainsi protégée devint toute blanche ; après l'opération la pigmentation reparut.

M. Monod, à propos du malade présenté par M. Routier à la dernière séance, dit avoir trouvé dans la thèse de L... r, une observation analogue. Il croit qu'il s'agit là de troubles trophiques, dus probablement à une névrite périphérique

M. Routier ajoute que les plaques de sphacèle, limitées lors de la dernière séance aux nerfs radial et circonflexe, se sont généralisées.

Suite de la discussion sur l'hystérectomie vaginale dans le cancer de l'utérus.

M. Terrier a fait 4 opérations nouvelles depuis celles qu'il a communiquées au dernier Congrès de Chirurgie et qu'il a publiées dans la *Revue de Chirurgie* en mai et juin 1888. Il a fait en tout 21 opérations d'hystérectomie vaginale pour cancers, avec 4 morts; ce qui fait 19,04 0/0 de mortalité. Il ne faut pas confondre les hystérectomies pour cancers avec celles qui ont été faites pour d'autres affections; en comptant toutes ses opérations, il a 23 cas et 17 0/0 de morts. Si l'on prend les dernières opérations, la mortalité diminue beaucoup : sur les 10 dernières opérations, il n'a qu'une mort, soit 10 0/0 de morts. Les observations rapportées par M. Terrier sont complètes, tant au point de vue clinique qu'au point de vue histologique. Dans l'appréciation des résultats, on ne peut réunir ensemble tous les cas; il faut distinguer ceux où le col seul, le col et le corps, le col, le corps et les ligaments larges étaient pris.

Sur ces 21 cas, quatre fois la lésion semblait limitée au col, et l'examen histologique montra des noyaux cancéreux dans le corps, fait qui plaide en faveur d'une opération totale. Dans 6 cas, l'opération a été faite alors que l'on ne pouvait faire qu'une opération incomplète, et dans un cas on eut la main forcée. Il s'agissait d'une malade ayant un cancer traité par M. Pozzi par le curettage. Cette malade avait des hémorrhagies formidables; opération difficile, mais guérison. Mort peu après. Comme moyenne générale de survie les opérations de M. Terrier donnent 12 mois 18 jours. Dans 3 cas, revus de 2 ans à 7 mois après l'opération, il n'y a pas récidive. Cette statistique est en somme plus satisfaisante que celle de M. Verneuil qui obtient une moyenne de survie de ... mois sur les cas en général plus favorables que ceux-ci, et une moyenne aussi élevée, grâce surtout à quelques survies considérables après récidive. Quant à l'opération elle-même, le bistouri est préférable à l'écraseur. Les observations de M. Verneuil sont incomplètes et n'offrent pas des éléments suffisants d'appréciation et de comparaison.

M. Kirmisson rapporte trois opérations d'hystérectomie vaginale pour cancer tirées de sa pratique : 2 morts opératoires, une par hémorrhagie, l'autre par pelvi-péritonite ; une guérison avec récidive au bout d'un an et mort 16 mois après l'opération.

M. Pozzi, à propos de la communication de M. Terrier, tient à faire remarquer qu'il avait parfaitement diagnostiqué le cancer de l'utérus, et que, s'il n'a pas fait l'hystérectomie, c'est qu'il la trouvait contre indiquée par le volume de l'utérus et l'état des ligaments larges. Il a fait une opération palliative qu'il pratique en pareille circonstance : le curettage et la cautérisation ignée.

M. Terrier n'a fait l'opération que forcé par les hémorrhagies menaçantes.

M. Trélat a fait 5 fois l'hystérectomie vaginale pour cancer avec 1 mort ; cette dernière opération, contre-indiquée par l'extension du mal, fut faite sur les instances pressantes de la malade. Ce qui donne 20 % de mortalité opératoire. En réunissant les 62 cas des statistiques de Trélat, Bouilly, Pozzi, Terrier, on trouve 20.9 % comme mortalité. Ce chiffre n'indique pas le pronostic exact, actuel de l'opération, les premières opérations étant gâtées par les erreurs et les incertitudes des debuts, les imperfections du manuel opératoire et le défaut des indications précises ont été les causes des premiers échecs. Quand on aura un diagnostic assuré, des indications sûres et une technique plus parfaite, la mortalité se rapprochera de 10 % déjà annoncée en Allemagne.

L'amputation sous-vaginale, qu'il ne faut pas confondre avec l'amputation supra-vaginale, est une opération insuffisante, agissant toujours en un même siège pour des lésions d'étendue variable. Peut-être pourrait-on la défendre si l'anatomie pathologique était faite et démontrait des lésions parfaitement localisées; or l'anatomie pathologique nous montre au contraire la coexistence à distance de noyaux séparés d'épithélioma ; elle montre les rapports intimes de la métrite et du cancer de la muqueuse utérine. Quand nous connaitrons mieux l'évolution de ces lésions, leur mode de propagation, le moment de l'infection des lymphatiques, alors nous pourrons opérer et discerner mieux les cas favorables. Tous les cas ne sont pas évidemment comparables, comme le prouvent les succès durables, malheureusement rares. C'est l'anatomie pathologique qui pourra nous renseigner et ce n'est qu'en faisant des hystérectomies totales qu'on pourra lui donner les matériaux de cette étude indispensable. Les cas de longue survie cités par M. Verneuil plaident en faveur de l'opération radicale; peut-être aurait on pu obtenir mieux, car c'étaient des cas favorables puisqu'au début l'infection lymphatique n'était pas faite; en enlevant tout on eut peut être enlevé la fissure par où s'est faite la propagation aux organes voisins.

M. Lucas-Championnière lit un rapport sur une observation de M. Largeau (de Niort) *de cure radicale d'hydrocèle et d'épiplocèle tuberculeux chez un enfant de 5 ans. Guérison.*

M. Chaput lit une fort intéressante observation de *rupture du cæcum et de l'uretère, suture de l'intestin, néphrectomie, guérison.*

M. Berger présente une table pour les instruments, modification d'une table déjà présentée par M. Lucas-Championière.

A. P.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 24 octobre 1888. — Présidence de M. Grancher.

M. le Dr Brémond présente un travail sur *l'influence du traitement thérébenthiné sur la richesse du sang en oxyhémoglobine chez les anémiques non phtisiques.*

M. le Dr Lagneau offre à la Société deux brochures ; l'une *sur les conditions démographiques amenant l'accroissement ou la diminution des familles*; l'autre sur *la durée et la mutation des familles rurales.*

M. le Dr Pourquier lit un travail intitulé : « *Des accidents cutanés qu'on observe parfois consécutivement à la vaccination animale; causes, influence sur la culture du vaccin, moyen de les prévenir.* » De semblables accidents ont été observées en Allemagne par Protze (d'Eberfeld). En Allemagne il y eut 800 enfants malades, qui tous avaient été vacinés avec les deux mêmes veaux. Il se développait des ulcérations au niveau des pustules ; puis apparaissaient des vésicules qui ressemblaient aux phlyctènes du pemphigus : celles ci éclataient et étaient remplacées par des croûtes jaunâtres. Souvent l'ulcération se terminait rapidement ; dans d'autres cas, l'affection cutanée s'irradiait ou bien franchissait de grands espaces de peau. On avait tous les symptômes de l'impetigo contagiosa. Quand d'autres enfants, non vaccinés, se mettaient en contact avec ces malades, ils se contaminaient. La fièvre était légère ; il y avait de l'adénite qui suppurait quelquefois. Des lavages au savon, une pommade au précipité blanc donnaient de bons résultats. En d'autres endroits, en Allemagne, plus de 1,000 sujets furent atteints. Les médecins allemands attribuèrent ces accidents à la présence du *Trychophion tonsurans*; ce serait une dermatose du veau se transmettant par le vaccin et se développant avec lui.

M. le Dr Pourquier a observé des épidémies analogues qui coincidaient toujours avec des pustules vaccinales des génisses. M. le Dr Pourquier, à la suite de recherches, de cultures bactériologiques déclare que ces épidémies seraient dues à la présence d'une micro-organisme ; il a en effet trouvé, dans tous ces cas, des micrococci disposés en chainettes qui, inoculés sur des génisses, ont produit des lésions semblables, tandis que l'inoculation du trychophyton ne donne pas lieu à ces accidents. Ces parasites proviendraient de l'eau qui sert à nettoyer les couvertures, les instruments, l'animal. Pour se mettre à l'abri de ces accidents, l'auteur insiste sur la nécessité d'une asepsie et d'un antisepsie absolues, lorsqu'on vaccine des génisses ou qu'on vaccine des hommes.

M. le professeur Brouardel rappelle l'histoire d'une épidémie consécutive à la vaccination, dans laquelle un grand nombre d'enfants présentèrent des accidents impétigineux ; 16 enfants vaccinés moururent en 24 heures. On ne pouvait pas incriminer la génisse, car le vaccin n'avait pas provoqué d'accidents sur trois séries d'enfants ; c'est le vaccin pris à la troisième série qui fut toxique. Le médecin vaccinateur avait montré une grande négligence en prenant à un enfant du vaccin sur des pustules sales et sanieuses dont l'évolution avait duré 4 ou 5 jours. M. Brouardel insiste sur la nécessité de rendre la vaccination obligatoire et de ne la confier qu'à des mains expérimentées qui mettent à l'abri de ces accidents.

M. Nocard. — On ne doit jamais recueillir du vaccin que sur des pustules irréprochables. Tous les accidents survenus en Allemagne et à M. Pourquier sont dus à ce que les intruments et le milieu étaient infectés.

M. Pourquier proteste contre l'assertion de M. Nocard, et prétend que son établissement n'était pas infecté; cette invasion du parasite s'observe dans tous les établissements, qui changent alors leur vaccin et voient tous les accidents disparaître.

M. le Dr Charrin. — Ne vaudrait-il pas mieux employer l'asepsie que l'antisepsie? En visant le microbe parasite, on risque d'atteindre le microbe vaccin, et d'en altérer les propriétés vaccinales. Quand on inocule le charbon par exemple, et qu'on inocule en même temps une autre bactérie, on voit la virulence de la bactéridie charbonneuse disparaitre. Un microbe venant se greffer sur un autre microbe ne peut-il pas altérer le vaccin ? Ce sont des questions qu'on peut avoir à se poser au point de vue de la dégénérescence du vaccin.

M. le professeur Grancher propose à la Société d'adopter les deux motions suivantes : 1° La vaccination et la revaccination devront être obligatoires. 2° Elles seront faites par un service compétent.

M. le Dr Simon lit un travail sur *l'Étude du marais nautique*, dans lequel il montre tous les accidents qui, à bord des navires, peuvent être dus à l'encombrement et la chaleur, aux saletés et à la boue du fond des bateaux.

A. Martha.

Faculté de médecine de Paris *Clinique médicale* (Pitie). Sont nommés: Chef des travaux anatomiques au laboratoire de clinique médicale, M. Ménetrier, docteur en médecine, en remplacement de M. Dufloq, appelé à d'autres fonctions; — Chef des travaux chimiques du même laboratoire, M. Belin, en remplacement de M. Menetrier. — *Clinique obstétricale* : M. Tarnier, professeur d'accouchements, est chargé, à partir du 1er novembre 1888, du cours de clinique obstétricale.

Épidémies. — Une épidémie de variole est signalé à Buffalo ; elle fait de grands ravages et s'étend vers l'Etat de New-York.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Assainissement de Reims. — Utilisation agricole des eaux d'Egout.

Au commencement du mois d'octobre, M. le Dr Henrot, maire de Reims, a invité un certain nombre de médecins, d'ingénieurs et d'administrateurs à se rendre à Reims le 20 octobre. La lettre d'invitation était accompagnée du programme suivant qui indique bien nettement l'objet du voyage :

Départ de Paris à 8 heures 50 gare de l'Est). — Arrivée à Reims à 11 heures 58. — Déjeuner offert par la Municipalité à l'Hôtel-de-Ville. — Départ en voiture à une heure 1/2 précise. — Visite des appareils de jauge, du siphon, des bassins de distribution au point d'arrivée des égouts transversal supérieur (cote 77.85), et transversal inférieur (cote 73.74). — Fermes de Baslieux et du Chateau des Maretz. — Irrigations agricoles et maraîchères. — Canaux d'evacuation et d'assèchement. — Retour à Reims à 5 heures 1/4. — Départ par Soissons à 6 heures 8. — Arrivee à Paris (gare du Nord), à 9 heures 25 du soir.

Par le train de midi, arrivaient les invités de la ville parmi lesquels nous devons citer : M. Léon Bourgeois, sous-secrétaire d'Etat près du ministère de l'Intérieur ; MM. Cornil, De Sal, G. Martin, sénateurs, membres de la Commission sénatoriale chargée d'examiner le projet voté par la Chambre; M. Bourneville, député, rapporteur du projet à la Chambre des députés ; MM Deligny et Dumay, conseillers municipaux de Paris ; Margaine et Diancourt, sénateurs de la Marne ; Faure et Mennesson, députés du même département ; M. Baudran, préfet de la Marne ; M. Prudhon, préfet de l'Aisne ; le Dr Bergeron, membre du Comité consultatif d'hygiène ; Monod, Directeur de l'Assistance publique au ministère de l'Intérieur ; Tisserand, directeur au ministère de l'Agriculture ; Bechmann, ingénieur en chef, chargé du service des Egouts et de l'assainissement de Paris, Cheysson, ingénieur en chef, Masson, inspecteur de l'assainissement, Drs de Pietra Santa, père et fils, Lasing-Forsts, de Finlande, le baron Mounier, etc. La Compagnie des Eaux Vannes était représentée par MM. le baron V. Reille, Belmontet et Bonna, A ces invités s'étaient joints un certain nombre de Rémois : MM. les adjoints, presque tous les conseillers municipaux, parmi lesquels nous devons mentionner notre excellent ami le Dr Lenglet et M. le professeur Doyen ; M. Duchateau, l'un des initiateurs du projet d'épuration ; M. Dauphinot, ancien sénateur, ancien maire de Reims; M. le Dr Hoël, directeur du Bureau d'hygiène ; des représentants de l'École de médecine et des journaux de Reims.

Les invités parisiens ont été reçus à la gare par M. le maire et, de là, ils se sont rendus à l'Hôtel-de-Ville où les attendait le Conseil municipal. Un déjeûner de cent dix couverts a été offert aux invités dans la salle des mariages par la municipalité de la ville de Reims. La réception a été des plus gaies et des plus cordiales ; médecins, ingénieurs et administrateurs ont retrouvé là d'anciens et bons amis. Vers la fin du déjeûner, M. le Dr Henrot a porté le toast suivant :

« Après avoir souhaité la bienvenue à ses invités, M. Henrot rappelle que ce n'est pas à une inauguration solennelle — réservée pour une visite du Congrès international d'hygiène — qu'il les a conviés, mais à une simple visite d'etude ; quelques-uns d'entre eux pourront peut-être en profiter, puisqu'il s'agit d'une installation nouvelle, mais la ville de Reims bénéficiera certainement de la présence, dans ses murs, des représentants les plus autorisés de la science française.

« M. le Maire explique d'une façon sommaire le but de cette réunion ; le projet de l'assainissement de la Seine, après avoir été voté par le Conseil municipal de Paris et par la Chambre des Députés, est arrivé au Sénat; la commission spéciale qui a été nommée, après s'être rendue à Berlin, a manifesté par plusieurs de ses membres le désir de visiter nos travaux. M. le Maire s'est immédiatement rendu à ce désir : le Gouvernement, le Sénat, la Chambre, la ville de Paris, ayant un sérieux intérêt à donner une solution définitive à cette question depuis si longtemps à l'étude, M. le Maire a convoqué des représentants de ces différents corps ; il a pensé aussi être agréable aux Sociétés savantes qui avaient discuté ces projets en conviant leur Président.

« MM. Ch. Floquet, Delmas-Montaud, Viette et de Freycinet, qui assurent prendre le plus vif intérêt à ces travaux d'assainissement, ont témoigné tous leurs regrets de ne pouvoir faire cette visite d'étude. M. le Maire est heureux de remercier les directeurs de ces différents ministères qui ont bien voulu répondre à son invitation : MM. Tisserand, Rousseau, Monod, Philippe ; il regrette l'absence de M. Guillain, directeur-général des Ponts, qui a étudié les projets avec un soin tout particulier et qui a bien voulu les défendre auprès du Conseil supérieur.

« M. L. Bourgeois, sous-secrétaire d'Etat et député de la Marne, a, comme directeur des affaires communales au ministère de l'intérieur, rendu les plus grands services à la municipalité ; il s'est, on peut le dire, prodigué pour débarrasser le projet de toutes les difficultés administratives qu'il a rencontrées de tous les côtés ; il a fait un véritable tour de force en faisant voter le projet d'emprunt nécessaire pour les travaux, le dernier jour de la session par la Chambre et par le Sénat (1); le maire ne saurait trop le remercier de son extrême dévouement pour la ville.

« La Commission sénatoriale est représentée ici par trois de ses membres ; le Dr Henrot est heureux de retrouver un ancien camarade d'internat dans son Président, M. le Dr Cornil, l'éminent professeur de la Faculté de médecine qui peut être considéré comme le créateur de la *Bactériologie* en France. M. le Maire espère que les eaux épurées ne permettront pas à l'œil investigateur du savant micrographe, même aide de ses meilleurs instruments, de retrouver le moindre bacille dangereux.

« La Chambre des Députés nous a envoyé le savant rapporteur de la Commission d'assainissement M. le Dr Bourneville, qui, en retraçant d'une façon exacte la situation de cette question en France et à l'étranger, a edifié, on peut le dire, un véritable monument scientifique, ne laissant absolument rien à désirer.

« Le Préfet et le Conseil général de la Seine, le Conseil municipal de Paris sont représentés par des délégués ; le Maire retrouve avec plaisir M. Bechmann, qui, l'année dernière, est venu donner ses précieux conseils pour l'augmentation du volume des eaux de source. Malheureusement, ajoute M. le Maire, il y a dans la représentation de la ville de Paris une grande place vide : son excellent ami, qui, pendant quinze ans, avait apporté tant d'intelligence, tant de talent, tant d'entrain dans l'étude de ces questions, Alfred Durand-Claye, n'est plus là ! sa parole chaude et persuasive, qui savait rallier les esprits hésitants, fait défaut au moment du dernier et suprême grand combat qui va se livrer. M. Henrot exprime tous les regrets que laisse cette fin prématurée à tous les amis de l'hygiène publique qui n'avait pas en France de plus brillant et de plus dévoué serviteur.

« Ce n'est pas seulement à Paris que la mort a frappé les coups les plus redoutables ; ici, l'infatigable Dr Brébant, qui le premier a conçu tous les projets aujourd'hui réalisés, et César Poulain, dont les rapports au Conseil étaient si clairs et si substantiels, manquent aussi à l'appel : on peut dire que ces deux concitoyens dévoués ont donné à l'étude de cette question la plus forte part de leur activité et de leur dévouement.

« Le Comité d'hygiène publique de France est représenté par son digne vice-président, M. le Dr Jules Bergeron, qui a consacré toute sa vie aux études d'hygiène publique.

« L'Académie de médecine a ici, son secrétaire perpétuel ; la Société de médecine publique et la Société française d'hygiène ont aussi leurs représentants.

« Dans l'ordre administratif, M. le maire salue MM. les préfets de la Marne et de l'Aisne, M. le sénateur Margaine, président du Conseil général de la Marne. Ces Messieurs, ainsi que les deux ingénieurs en chef de ces départements, qui ont eu si souvent à répondre à des interpellations sur l'infection de la Vesle, pourront affirmer *de visu* que la ville de Reims, dans un temps très rapproché, ne sera plus pour les communes suburbaines une cause d'infection

« Parmi les quinze ingénieurs qui ont répondu à l'appel de la municipalité, M. le maire se félicite de retrouver un ancien et des plus brillants ingénieurs des Ponts, M. Cheysson, qui, il y a vingt ans, a assisté au début des études sur l'épuration de la Vesle.

M. le maire considère aussi comme un devoir de rendre hommage au bon vouloir et à l'activité de la Compagnie des Eaux Vannes, et de son secrétaire, M. Bonna. Ces Messieurs ne se sont pas contentés d'exécuter, dans tous ses termes, le traité passé avec la ville par des travaux intelligemment menés, ils ont déjà assaini et rendu utilisable pour l'irrigation une grande quantité de terrains.

« Enfin, M. le maire a tenu à profiter de cette circonstance pour remercier toutes les personnes qui, à Reims, se sont dévouées à la réalisation de ce difficile problème ; il cite particulièrement M. Duchateaux, le savant rapporteur de la Commission nommée en 1868, dont le travail consciencieux peut être comparé à celui de M. le Dr Bourneville et M. Felix Langlet, le secrétaire, depuis l'origine, de cette même Commission, et le directeur de la voirie, qui, avec le plus grand dévouement et une persévérance digne d'éloges, a dirigé tous les travaux.

(1) Juillet 1887.

« M. le maire porte la santé de tous ses invités et particulièrement celle de M. le sous-secrétaire d'Etat, M. L. Bourgeois. »

M. L. Bourgeois, sous-secrétaire d'Etat, ancien sous-préfet de Reims, remercie M. le Maire et se dit heureux de représenter en cette occasion le gouvernement. Cette fête, ajoute-t-il, a un caractère tout particulier. Les réunions, comme celles-ci, ont généralement pour objet la célébration des fêtes du commerce, de l'industrie, du travail, l'inauguration de statues. Mais nous fêtons aujourd'hui la *Santé publique* : c'est une petite révolution en son genre. M. Bourgeois rappelle qu'il y a peu de temps encore, on plaisantait volontiers, et quelquefois avec esprit, les hygiénistes. Il n'en est plus de même maintenant et nous pourrons être fiers d'avoir ajouté un article à la déclaration des droits de l'homme : le droit à l'air pur et à l'eau pure. M. Bourgeois fait un rapide exposé des services rendus par le Bureau d'hygiène. A ceux qui reprochent à la République de n'avoir rien fait pour la classe ouvrière, les républicains rémois et en particulier les maires républicains groupés autour de cette table: Dauphinot, Diancourt, Doyen, H. Henrot, pourront répondre: « Nous avions reçu une ville qui, sous ses splendeurs, cachait une lèpre affreuse, une mortalité effrayante, nous vous rendons une ville jouissant du plus précieux des biens: la santé. » M. Bourgeois boit à la ville de Reims et à l'œuvre démocratique par excellence qu'on inaugure aujourd'hui. Puis il remet à M. Félix Langlet, chef de la voirie municipale, les insignes de l'ordre du Mérite agricole.

M. Deligny, conseiller municipal de Paris, qui a pris une part si grande à toutes les discussions relatives à l'assainissement de Paris et de la Seine, en qualité de membre et de président de la Commission des Eaux et égouts, adresse ses plus vives félicitations au Conseil municipal de Reims et s'associe à l'hommage rendu par M. Henrot, au rapporteur et au défenseur du projet d'assainissement de la Seine à la Chambre des Députés. Depuis plus de 15 ans, dit-il, nous combattons la même campagne, nous avons institué de nombreuses expériences, nous avons obtenu des résultats que les délégués de la municipalité de Reims ont constatés et qui leur ont paru tout à fait démonstratifs. Mais tandis qu'à Reims, on suit les conseils techniques, à Paris on fait intervenir les intérêts électoraux, la politique. M. A. Gosset, Wiet et le Dr de Pietra Santa, ont bu à la santé de M. Henrot, au succès de l'entreprise, et à l'exemple donné — après Gennevilliers — par la Municipalité de Reims.

Pendant les toasts, des véhicules de tout genre remplissent la cour intérieure de l'Hôtel-de-Ville. Tout le monde s'y installe et le convoi d'excursionnistes s'en va par la route de Laon jusqu'à la Neuvillette, et, de là, se dirige vers les terrains irrigués (*Fig.* 51). Voici le résumé des travaux réalisés par la Municipalité et le Conseil municipal de Reims, avec le concours de Société des Eaux-Vannes et que les invités ont visités en détail.

Les égouts de Reims déversaient, jusqu'à ce jour, toutes leurs eaux dans un collecteur inférieur qui débouchait dans la rivière de Vesle, à 1 kilomètre environ en aval de la ville. Le lit de la Vesle, envahi par les détritus d'une ville qui a vu en très peu de temps doubler sa population et decupler son industrie, n'est plus, pendant une grande partie de son parcours, qu'un vaste égout en prolongement de celui de la ville, dont le fond envasé, ne peut plus contenir les eaux contaminées qui se répandent sur les propriétés voisines. La pollution de la Vesle, s'étend sur un parcours de plus de 60 kilomètres.

Cette situation qui ne pouvait se prolonger, sans compromettre gravement la santé publique, a été l'objet des constantes préoccupations de l'administration municipale de la ville de Reims. Les communes suburbaines adressaient d'ailleurs des réclamations et des protestations dont l'administration supérieure s'est émue ; il fallait absolument porter remède à l'envasement de la Vesle, qui devenait de plus en plus considérable.

Des études et des expériences entreprises, dès l'année 1868, furent poursuivies sans interruption par la ville de Reims. Une Commission extra-municipale, chargée de rechercher le meilleur système d'épuration des eaux d'égout, déposa en 1874, après plusieurs années d'études, un rapport remarquable concluant en faveur de l'épuration par le sol. Les discussions qui s'élevèrent alors entre les partisans de l'irrigation et ceux de l'épuration chimique retardèrent malheureusement la solution de la question.

Ce n'est qu'à la fin de 1879, après avoir fait de nouveaux essais d'épuration chimique, que la Ville, adoptant une solution mixte, passa deux traités, l'un avec la Compagnie des Eaux Vannes de Paris, pour l'épuration par irrigation d'une partie des eaux d'égout et l'autre avec une Société de chimistes pour l'épuration par les procédés chimiques de l'autre partie des eaux. Ces deux traités, soumis simultanément aux enquêtes administratives et à l'examen des autorités compé-

Fig. 51.

tentes, furent, en 1883, l'objet d'un rapport du Conseil général des Ponts-et-Chaussées, rapport qui concluait à l'adoption de l'épuration par irrigation et au refus de l'épuration par les procédés chimiques.

Ces conclusions dirigèrent les études de l'administration municipale de Reims ; elle fit en 1884 un nouveau projet de traité d'accord avec la Compagnie des Eaux-Vannes, pour l'épuration de la totalité des eaux d'égout. Ce projet de traité, par suite de discussions au sein du Conseil municipal et des formalités à remplir pour la déclaration d'utilité publique, ne fut définitivement approuvé par l'autorité préfectorale, qu'en août 1887. Le contrat passé entre la ville de Reims et la Compagnie des Eaux-Vannes, pour une durée de 36 ans, contient notamment l'obligation pour la Compagnie d'épurer, par irrigation, la totalité des eaux d'égout de Reims, soit environ 36,000 mètres cubes par 24 heures (moyennant le paiement par la ville d'une redevance annuelle basée sur le volume d'eau épurée) ; de fournir une partie des terrains nécessaires à l'épuration, de construire la partie de l'aqueduc transversal supérieur en dehors du territoire de Reims jusqu'aux champs d'épuration, enfin d'installer à ses frais les machines élévatoires, les bassins de réception, les conduites de distribution et d'assainissement et d'exécuter tous les travaux d'aménagement du sol. La ville de Reims, de son côté, fournit en plus de la subvention annuelle, 150 hectares de terrains situés à proximité des propriétés que possède la Compagnie, dont la superficie totale est supérieure à 400 hectares.

L'adduction des eaux d'égout aux champs d'irrigation se fait au moyen de deux grands collecteurs (*Fig.* 51) l'un, « aqueduc transversal supérieur » reçoit les eaux de la partie haute de la ville et aboutit à une chambre de réception, permettant le déversement des eaux sur les terrains situés au-dessous de la cote 78.50 ; le second « aqueduc inférieur » aboutit au bassin de réception des machines élévatoires dont le radier se trouve à la cote 73.50.

Les *champs d'épuration et d'utilisation agricole* sont divisés en 3 zones : La *zone supérieure*, alimentée par les machines élévatoires et dont le réseau de distribution est composé de conduites en fonte ; la *zone moyenne*, alimentée par les eaux de l'aqueduc transversal supérieur et possédant un réseau de conduites forcées en béton de ciment. Et enfin la *zone inférieure* alimentée par les eaux de trop plein des aqueducs supérieur et inférieur, avec un réseau de conduites en béton et de canaux à ciel ouvert.

Les eaux d'égout arrivent à la chambre de réception de l'aqueduc supérieur dans un bassin central (1) et se déversent dans deux chambres de distribution alimentant, l'une une conduite en béton de 1^m20 de diamètre et l'autre une conduite de $0^m.[illegible]$. Deux chambres latérales de trop plein permettent de recueillir les eaux lorsque le débit est trop considérable, notamment à la suite des pluies d'orages ou de fonte de neige. Ces eaux de trop plein sont recueillies dans une conduite à ciel ouvert avec radier en béton et sont utilisées sur les terrains de la zone inférieure.

La conduite de 1^m20 de l'aqueduc supérieur se bifurque en 2 conduites en béton de 0^m80, aboutissant à 2 petits réservoirs d'extrémité. De ces réservoirs partent les conduites de distribution qui répartissent, sur les terrains de la zone moyenne, les eaux à épurer. Le réseau de la zone moyenne a une longueur de 9 kilomètres environ et est composé de tuyaux de $0^m.800$, $0^m.600$, $0^m.400$ et $0^m.300$. Les eaux de l'aqueduc inférieur, qui arrivent dans le bassin de réception, sont refoulées par les machines élévatoires sur les terrains de la zone supérieure. Le réseau de distribution composé de tuyaux de $0^m.[illegible]$, $0^m.400$ et $0^m.300$, a une longueur approximative de 8 kilomètres. Les eaux de l'aqueduc inférieur, et les eaux de trop plein de l'aqueduc supérieur, alimentent les terrains de la zone inférieure par une conduite en béton, en partie à ciel ouvert, en partie fermée, d'un diamètre de $0^m.800$ Le réseau de distribution, en grande partie composé de conduites à ciel ouvert, a une longueur totale de 10 kilomètres.

Les *prises d'eau* sont branchées sur les *conduites principales et secondaires*. Ces prises consistent en un siphon de $0^m.20$, émergeant verticalement dans un petit *bassin en maçonnerie*, dans lequel se trouve placée une bonde de fond avec joint en caoutchouc et vis de pression. Les petits bassins de prise d'eau ont une ou plusieurs ouvertures pour la répartition des eaux dans les rigoles des champs à irriguer. — Les *rigoles principales* de distribution, desservent des *rigoles secondaires* qui alimentent à leur tour les *raies* séparant les planches cultivées et disposées de façon à éviter la submersion et à permettre à l'eau d'égout de circuler autant que possible sans toucher les plantes.

Les *plantes* se trouvent alignées sur une bande de terrain longue et étroite ; elles ne reçoivent pas l'eau directement, elles ne se nourrissent donc que par leurs racines. Les planches en forme de billon ont une largeur variable de 0.90 à 1.20.

Pour faire économiquement ces travaux de préparation, la compagnie des Eaux-Vannes a adopté un instrument agricole spécial, dont l'invention est due à un de ses ingénieurs, M. Bonna, l'auteur du projet des travaux ci-dessus exposés. Cet instrument à traction de chevaux ou de bœufs est composé de *butteurs* pour le creusement et de *rouleaux* de forme ovoïde pour la régularisation de la rigole. Le rouleau qui est d'un poids assez considérable tasse le fond de la rigole en la régularisant, de sorte que l'eau pénètre latéralement dans la terre pour alimenter les racines des plantes. Lorsque ces rigoles sont encombrées de matières déposées par les eaux d'égout, il suffit de repasser avec l'instrument dans les mêmes rigoles. Les butteurs déversent sur les planches les résidus de colmatage qui forment un excellent engrais et le rouleau refait la raie comme précédemment.

Enfin, le système se trouve complété par des *canaux d'assainissement*, d'une longueur totale de 12 kilomètres, destinés à faciliter l'abaissement de la nappe d'eau dans les terrains inférieurs et à recevoir les eaux épurées pour les conduire à la Vesle. Afin de permettre l'abaissement du plan d'eau, la compagnie des Eaux-Vannes s'est rendue acquéreur des deux moulins de Mâco et de Compensé, le premier possédant une chute de $0^m,80$ et le second de $1^m,10$.

La ville de Reims a mis à la disposition de la compagnie des Eaux-Vannes 150 hectares destinés à servir de champ d'épuration, ci . . . . 150 hect.

La compagnie des Eaux-Vannes, de son côté a acheté le domaine de Baslieux, le château des Maretz et ses dépendances, ainsi que les terrains avoisinant jusqu'au hameau de Mâco, le tout représentant une superficie de 400 hectares dont 350 sont destinés à l'irrigation, soit . . . . 350 —

Le restant, non irrigable, est composé d'un parc, de deux étangs et des abords immédiats du château.

Au total. . . . 500 hect.

de terres parfaitement irrigables pour un volume journalier d'eau d'égout à épurer de 36.000 mètres cubes.

La compagnie des Eaux-Vannes possède en outre, réparties sur les propriétés irriguées, les trois grands corps de ferme de Baslieux, des Maretz et des Bergeries ; les moulins de Mâco et de Compensé sont également destinés à être transformés en métairies.

Composition des Eaux d'égout de Reims.

Eau de[illegible]		Kil.
Résidu fixe par mètre cube		2.351
Matières organiques		1.158
Matières minérales.		1.193
Se décomposant en :	Kil.	
Silice	0.2[illegible]1	
Oxyde de fer et alumine	0.070	
Chaux	0.231	
Potasse	0.1[illegible]8	
Chlore.	0.074	
Acide sulfurique	0.182	
Acide phosphorique	0.012	
Soude	0.165	
		2.351
Azote total par mètre cube		85 gr.
Se décomposant en azote ammoniacal . .	56 gr.	
et en azote à l'état organique	29	

(1) Elle se trouve sur la figure entre le [illegible] *canal* et les machines élévatoires, à l'entrée des terrains irrigués [illegible] sur la *fig.* 51).

Les *eaux épurées* prises dans le canal d'assainissement (1) au Pont rouge, à proximité du château des Maretz, c'est-à-dire en un endroit où toutes les eaux d'épuration sont réunies, se décompose comme suit :

Degré hydrométrique de l'eau épurée . . .	32°	
— — eau après ébullition .	10°	
— — eau précipitée . . .	0	
— — eau bouillie précipitée	0	
Résidu fixe par mètre cube.		318 gr.
Composition du résidu fixe :		
Carbonate de chaux	150 gr.	
Sulfate de chaux	98	
Silice	10	
Oxyde de fer et alumine	12	
Matières organiques	20	
Chlorure de sodium	13	
Sulfate de soude	15	
Azote à l'état d'azote ammoniaque		traces.

Pour comparer les *eaux épurées* avec des *eaux de sources*, il a été pris un échantillon des eaux de la source des Trois Fontaines considérées comme les eaux les meilleures de la région. Voici la composition de ces eaux :

Degré hydrométrique de l'eau naturelle . .	21°	
— — eau après ébullition . .	6	
— — eau naturelle précipitée .	0	
— — eau bouillie et précipitée.	0	
Résidu fixe par mètre cube		0.291 gr.
Se décomposant ainsi :	Kil.	
Carbonate de chaux	0.204	
Sulfate de chaux	0.042	
Silice	0.020	
Oxyde de fer et alumine	0.010	
Matières organiques	0.015	

Les eaux épurées se trouvent donc avoir sensiblement la même composition que les eaux de la source des Trois Fontaines qu'il avait été autrefois question de capter pour l'alimentation, en eau potable, d'une partie de la ville de Reims.

Les visiteurs ont constaté que les irrigations se faisaient dès maintenant régulièrement sur une partie des terrains. L'aqueduc transversal supérieur fournit quotidiennement 12 000 mètres cubes d'eaux d'égout. Comme le montre l'analyse que nous avons reproduite plus haut, les eaux d'égout de Reims renferment par mètre cube 85 grammes d'azote, tandis que les eaux d'égout de Paris n'en contiennent que 41 grammes (2). Les eaux épurées, à Reims comme à Paris, ne présentent que des traces d'azote à l'état d'azote ammoniacal. Les procédés employés pour les irrigations sont, d'une façon générale, analogues à ceux de Gennevilliers. Nous avons indiqué plus haut les perfectionnements apportés par M. [illegible]. Après avoir parcouru les terrains irrigués et visité le jardin potager du château des Maretz, dont les produits plantureux sont comparables à ceux de Gennevilliers, constaté la limpidité et l'absence d'odeur des eaux épurées, les invités ont été reçus dans le grand salon du château par la Société des Eaux-Vannes qui leur a offert une agréable collation. L'un des membres du comité d'administration, le jeune baron Reille, a remercié les invités de l'honneur qu'ils ont bien voulu faire à la Société en venant visiter ses champs d'irrigation et les travaux qu'elle a entrepris pour l'épuration des eaux d'égout de la ville de Reims. Il a donné les analyses comparatives des eaux d'égout et des eaux épurées, et a terminé ainsi : « En ce qui concerne l'utilisation agricole des eaux Vannes, dit-il, je regrette, Messieurs que l'époque choisie pour votre visite ne nous ait permis de vous montrer que très partiellement les résultats obtenus; mais l'été prochain, lorsque les travaux de la ville et de la Compagnie seront terminés, j'ose espérer qu'à cette époque, vous voudrez bien renouveler votre visite et c'est dans cet espoir que je bois à notre prochaine réunion au château des Maretz. »

L'heure du départ du train approchant et aussi la fin du jour, tous remontent en voiture et regagnent la ville de Reims, enchantés de la charmante et cordiale réception qui leur a été faite par la municipalité rémoise et par la compagnie des Eaux-Vannes ; satisfaits, pour la très grande majorité, des travaux qu'on a vus, des excellents résultats qu'on a constatés et qui montrent résolue l'une des questions les plus importantes de l'hygiène publique. Pour notre part, nous devons remercier plus particulièrement nos amis Henrot et Lenglet de leur accueil si cordial, tout en regrettant que l'opposition systématique et contraire au bien public n'ait pas permis jusqu'ici à la Ville de Paris de montrer, après l'expérience de Gennevilliers, l'expérience de l'utilisation agricole des eaux d'égout sur les terrains d'Achères.

BOURNEVILLE.

(1) [illegible] dans les eaux [illegible]

(2) Bourneville. — *Rapport sur l'utilisation agricole des eaux d'égout de Paris*, [illegible], 1887, p. 61.

L'assainissement de la Seine.

La commission sénatoriale de l'assainissement de la Seine a tenu samedi 27 octobre une importante séance. MM. Léon Say, Maze, de Sal, ont déposé le contre-projet suivant :

Le gouvernement est invité à soumettre aux Chambres un projet de loi pour l'établissement, aux frais et profits de la ville de Paris, d'un canal conduisant dans les dunes situées entre la Somme et l'Authie la totalité des eaux d'égouts de Paris, avec faculté d'utilisation sur le parcours.

A ce contre-projet ont été jointes toutes les études relatives au nouveau canal. M. Léon Say a présenté un exposé qui a vivement intéressé la commission. La discussion a commencé immédiatement entre MM. Krantz, Maze, Georges Martin et Léon Say. M. Krantz a été chargé de faire un premier examen détaillé du contre-projet. La commission a décidé ensuite de nommer son rapporteur. Cette décision a été prise à une voix de majorité, et c'est aussi à une voix de majorité que M. CORNIL a été élu rapporteur contre M. Léon Say. Nous espérons que ni le rapporteur, ni la majorité de la commission, ni le Sénat ne s'attarderont à discuter longuement le contre-projet nouveau qui n'a d'autre but que d'ajourner la solution.

VARIA

Laïcisation de l'Hôpital Saint-Louis et de l'Hôtel-Dieu.

Dans la séance du 31 octobre du Conseil municipal, M. Darlot a posé à l'Administration une question relative à la laïcisation de l'hôpital Saint-Louis et de l'Hôtel-Dieu.

M. DARLOT a rappelé que, il y a un an, M. le directeur de l'Assistance publique a déclaré que vers le premier trimestre de 1888, l'hôpital Saint-Louis serait laïcisé et que le premier semestre de la même année ne se passerait pas sans qu'il en fût de même pour l'Hôtel-Dieu. Or, ces délais sont expirés et ni l'un ni l'autre de ces hôpitaux n'est laïcisé. M. Darlot termine en reconnaissant que M. le directeur s'est toujours conformé aux désirs du Conseil et lui demande où en est la question de la laïcisation de ces deux hôpitaux et quelles mesures il a prises pour donner satisfaction aux vœux [illegible] du Conseil.

M. le DIRECTEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Pour tous les établissements dont le personnel a été changé, l'Assistance publique n'était liée vis-à-vis des communautés religieuses que par des traités [illegible] reciproque des parties. Il n'en est pas de même pour l'Hôtel-Dieu et l'Hôpital Saint-Louis. La laïcisation des hôpitaux de Beaujon et Lariboisière, qui [illegible] également desservis par les sœurs Augustines, n'a pas présenté [illegible] parce que le traité était dénonçable à [illegible].

Pour l'Hôtel-Dieu et pour l'hôpital Saint-Louis, nous n'avons d'autre traité que le décret de décembre 1810, inséré au Bulletin des lois, qui a approuvé les statuts de la communauté des Augustines. Avant 1789, l'Hôtel-Dieu était desservi par les sœurs Augustines. En 1792, les congrégations ayant été supprimées, les Augustines purent rester à l'hôpital à titre individuel et en [illegible].

Un décret de messidor an XII vint permettre l'existence, non pas de communautés, mais d'agrégations de sœurs hospitalières : puis en février 1809 un autre décret autorisa l'établissement des congrégations hospitalières, à charge de faire approuver leurs statuts par décret inséré au « Bulletin des lois ». Les sœurs Augustines [illegible] leurs statuts furent approuvés par un décret du 25 décembre 1810. Les sœurs Augustines, au lieu d'avoir [illegible] au [illegible], se trouvent à l'Hôtel-Dieu et à Saint-Louis en vertu du décret de 1810.

La question était donc de savoir si, pour l'hopital Saint-Louis, il suffirait d'un arrêté de M. le Préfet de la Seine ou s'il serait necessaire d'avoir recours à l'intervention du chef de l'Etat et d'obtenir un decret rapportant celui de 1810. Voulant dans cette question délicate, procéder avec toute la prudence possible, je suis allé devant le comité consultatif de l'Assistance publique. Ce Comité a très nettement declaré qu'à son avis et malgré le decret de 1810, un arrêté prefectoral était suffisant pour le changement du personnel de l'hopital Saint-Louis.

M. le Préfet de la Seine, avant de prendre cet arrêté, a voulu lui-même être renseigné sur la doctrine à cet égard, du ministère de l'intérieur. Consulté au commencement de l'annee, le ministere a répondu à M. le Prefet dans le courant du mois de juillet que l'opinion du Comité consultatif de l'Assistance publique était la sienne et qu'un arrêté du préfet de la Seine suffisait pour laïciser Saint-Louis. J'ai fait alors toute diligence et, avant les vacances du Conseil de surveillance de mon administration, j'ai porté la question devant lui, et le Conseil de surveillance a émis un avis favorable au remplacement des sœurs Augustines à Saint-Louis par un personnel laïque.

J'ai en conséquence, dénoncé le traité avec les sœurs Augustines à la date du 1er decembre. Les sœurs Augustines qui croient, elles, au contraire, qu'un décret est nécessaire, sont dans l'intention d'en appeler à la justice administrative et de déférer la décision prise par M. le Prefet de la Seine au Conseil d'Etat.

En attendant que le Conseil d'Etat statue au fond, les sœurs ont demandé un sursis. Cette demande est pendante ; je n'ai pas à préjuger la décision à intervenir, je ne puis que l'attendre. Soit que la section du Contentieux rejette la demande de sursis, soit qu'elle n'ait pas rendu son arrêt avant le 1er décembre, *les Augustines quitteront l'hôpital Saint Louis*. Si elles y restent, c'est que le sursis leur aura éte accordé pour leur permettre d'attendre à l'hôpital Saint-Louis la décision sur le fond.

M. Desprès, à qui le président avait donné la parole, n'a pu que protester, la clôture ayant été demandée même par les conseillers de la droite. Alors M. Darlot à donné lecture de l'ordre du jour suivant, portant sa signature et celle de M. Rousselle :

« Le Conseil, « Enregistre avec satisfaction les déclarations de M. le directeur de l'Assistance publique, en ce qui concerne la laïcisation de l'hopital Saint-Louis, fixee au 1er decembre ;

« Invite M. le prefet de la Seine et M. le directeur de l'Assistance publique ;

« 1° A intervenir auprès de M. le ministre de l'Interieur afin qu'il hâte la décision du Conseil d'Etat au sujet du pourvoi des religieuses Augustines ;

« 2° A prendre à bref délai les mesures nécessaires pour la laïcisation de l'Hôtel-Dieu, et à fixer cette laïcisation au plus tard au 31 decembre prochain. »

Cet ordre du jour a été adopté par 53 voix contre 12. Nous avons le ferme espoir que M. Ch. Floquet, président du Conseil et M. Léon Bourgeois, sous-secretaire d'Etat, aideront le Conseil municipal à finir promptement la réforme de la laïcisation des hopitaux de Paris.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. *Clinique médicale.* — M. le Pr JACCOUD reprendra son cours de clinique medicale, le samedi 10 novembre 1888, à 9 heures et demie du matin, hopital de la Pitié, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. Visite des malades tous les jours, à 9 heures du matin.

Conférences d'histoire naturelle médicale. — M. Raphael BLANCHARD, agrégé, commencera ces conférences le lundi 12 novembre 1888, à 2 heures (Grand Amphithéatre), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la meme heure.

Conférences de pathologie générale. — M. BALLET, agrégé, commencera les conférences de pathologie générale le samedi 10 novembre 1888, à 4 heures (salle Laennec) et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Cours d'anatomie pathologique. — M. le Pr CORNIL commencera le cours d'anatomie pathologique le lundi 12 novembre 1888, à 5 heures de l'après-midi à la Faculté (Grand Amphithéatre), et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure (à la Faculté), les mercredis à l'Ecole pratique, à 1 heure et demie, dans la salle des travaux pratiques d'anatomie pathologique (15, rue de l'Ecole-de-Médecine, au 2e étage). M. le Pr Cornil fait des autopsies tous les jours (Amphitheatre Bichat, à l'Hôtel-Dieu). — Consulter à ce sujet l'affiche concernant la clinique medicale de l'Hôtel-Dieu.

Cours de clinique médicale. — M. le Pr PETER commencera son cours de clinique médicale, à l'hopital Necker, le vendredi 9 novembre 1888, à 9 heures et demie, à l'Amphithéatre de médecine de cet hopital, et le continuera les mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Cours d'histologie. — M. le Pr MATHIAS-DUVAL commencera le cours d'histologie le jeudi 8 novembre 1888, à 5 heures (Grand Amphithéatre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure. — Objet du cours : *Les tissus conjonctif, cartilagineux et osseux ; les éléments de la génération ; le système nerveux.*

Cours de pathologie interne. — M. le Pr DIEULAFOY commencera le cours de pathologie interne le mardi 13 novembre 1888, à 3 heures (Grand Amphithéatre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Cours de physique médicale. — M. le Pr GARIEL commencera le cours de physique medicale le lundi 12 novembre 1888, à midi (Petit Amphithéatre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. — Objet du cours : *Phénomènes généraux et applications biologiques de l'électricité et de l'optique.*

Cours d'anatomie. — M. le Pr FARABEUF commencera le cours d'anatomie le vendredi 9 novembre 1888, à 4 heures (Grand Amphithéatre), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Cours de chimie médicale. — M. le Pr GAUTIER commencera le cours de chimie medicale, le samedi 10 novembre 1888, à 1 h. (Grand Amphithéatre) et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. M. Gautier traitera de la chimie organique générale. Une affiche ultérieure indiquera la date à laquelle commenceront les leçons de chimie biologique.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX. — M. DENIGÈS, Dr en médecine, est maintenu, pendant l'annee scolaire 1888-1889, dans les fonctions d'agrégé de chimie, près ladite Faculté. M. Denigès est également maintenu dans les fonctions de chef des travaux chimiques et pharmaceutiques.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. GRANEL, agregé près ladite Faculté, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1888-1889, d'un cours de botanique et d'histoire naturelle médicale.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'externat.* A l'épreuve de pathologie speciale aux candidats appeles pour le service militaire pour 1889 a été donnee la question suivante : *Entorse.*

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer, dit le *Lyon médical*, la mort de M. le Dr PONNET de Neuville-sur-Saône, à l'age de 66 ans. Ancien interne des hopitaux de Lyon et lauréat de sa promotion (concours de 1844), il concourut pour la place de chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu. S'il eut pu persister dans cette voie, nul doute qu'il ne fût sorti vainqueur d'une nouvelle épreuve. Sans fortune, il alla exercer la medecine à la campagne où il ne tarda pas à jouir d'une juste notoriété. Doué d'une nature originale et bonne, Ponnet etait le type du médecin *bienfaisant et faisant bien* ; aussi la foule nombreuse qui l'a accompagné à sa dernière demeure laissait voir toutes les sympathies dont il avait éte l'objet. Depuis 1882, Ponnet avait renoncé à l'exercice actif de la médecine et se livrait avec ardeur à l'étude de la botanique. Il était quelque peu darwiniste et la lutte pour l'existence qu'il avait éte obligé de soutenir avait sans doute contribué à le faire entrer dans les idées de l'illustre naturaliste. — La mort vient de frapper un des membres les plus estimés du corps pharmaceutique lyonnais, M. F. MONVENOUX. — M. Alfred MALFAIT, élève en medecine de la Faculté catholique de Lille. — M. le Dr MAILHO (de Bordeaux).

VACANCE MÉDICALE. — On désire un médecin républicain dans une commune du département du Puy-de-Dôme. — S'adresser aux bureaux du *Progrès medical.*

— UN DOCTEUR, exerçant dans le département de la Seine, désire devenir acquereur d'une clientèle à Paris. S'adresser à M. Lefort, 2, cité Bergère.

Le Rédacteur-Gerant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VIII. N° 45. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 10 NOVEMBRE 1888.

Le Progrès Médical (Numéro des Étudiants)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les progrès de l'Obstétrique dans les hôpitaux et à la Faculté de médecine de Paris

Depuis ces dernières années l'étude de l'obstétrique a pris un essor considérable à la Faculté de Paris, et avec un vif intérêt nous nous sommes attachés dans ce journal à suivre les progrès accomplis dans l'enseignement de cette branche de la science médicale. On a fait beaucoup jusqu'ici, et il y a lieu de s'en féliciter; toutefois il s'en faut encore que les améliorations déjà effectuées répondent pleinement aux nécessités de l'instruction médicale.

Si on veut remonter aux origines de ces perfectionnements, on remarquera qu'ils ont pris naissance à la suite des réformes que le Conseil municipal a proposées en 1878 (1) et appliqués en 1881 à l'organisation du service des accouchements de l'Assistance publique. Ce n'est qu'après que la Ville de Paris eut assigné à l'obstétrique la place à laquelle celle-ci avait justement droit dans les hôpitaux, que la Faculté s'est décidée de son côté à en multiplier les sources d'enseignement.

Nos lecteurs se souviennent assez des vives polémiques qu'a soulevées la création des services d'accouchements des hôpitaux. Ce journal peut à bon droit se glorifier d'avoir tenu la tête parmi les promoteurs de cette mesure, et ce n'est pas un des moindres titres que notre rédacteur en chef, alors rapporteur de la 4e commission au Conseil municipal, s'est acquis à la reconnaissance publique, que d'avoir soutenu victorieusement un projet de réforme aussi utile et en même temps aussi énergiquement combattu. Il serait oiseux, à l'heure présente, de venir défendre une cause gagnée. Meilleurs avocats que tous les arguments que nous avons jadis fait valoir sont les résultats obtenus par la mise en œuvre de cette réforme. On pouvait faire sourde oreille aux raisonnements : on ne peut résister à l'éloquence des faits.

Avant 1881, la pratique des accouchements dans les hôpitaux était reléguée à une place bien inférieure à celle de la médecine et de la chirurgie. Sauf les deux maisons spéciales de la Maternité et de la Clinique de la Faculté il n'existait que quelques salles consacrées au soin des femmes en couches, rattachées en quelque sorte à titre acessoire à des services soit de médecine soit de chirurgie. Assurément, malgré cet ordre de choses, on ne saurait dire que les parturientes étaient placées alors en de mauvaises mains. Pour peu cependant qu'on ait quelque connaissance de l'obstétrique en conviendra que cette branche de la science est assez étendue et assez importante pour mériter d'être considérée autrement que comme un satellite de la médecine et de la chirurgie. Un médecin instruit et chercheur, s'occupant exclusivement d'obstétrique, trouve à apprendre jusqu'aux derniers jours de sa carrière ; jusqu'au dernier jour, il peut s'attendre à rencontrer des difficultés cliniques qu'il n'aura pas trop de toute son expérience pour surmonter. Nous l'avons maintes fois répété, on ne saurait être encyclopédiste en médecine, et tel habile chirurgien qui se tire à merveille d'une application de forceps, ou tel médecin émérite qui vient à bout de graves accidents puerpéraux, n'est pas en droit pour cela de se donner comme parfait accoucheur.

Là d'ailleurs n'était qu'une des raisons qui militaient en faveur de la nécessité de la réforme. Les données récemment acquises concernant l'hygiène des femmes en couches, exigeaient que celles-ci fussent soignées dans des milieux isolés et confiées à un personnel qui, par sa spécialisation, fût en mesure de demeurer à l'abri de toute contamination provenant de malades ou de blessés. La création de *services d'accoucheurs spéciaux* s'imposait donc de toute façon. Cette mesure, comme nous l'avons dit, fut adoptée en 1881. Mais elle n'était que le complément d'une suite de réformes que, de longue main déjà, l'Assistance publique poursuivait avec persévérance, pour améliorer les conditions de salubrité des femmes en couches.

Autrefois les parturientes succombaient en grand nombre dans les hôpitaux à des accidents septiques. On voyait survenir des épidémies de fièvre puerpérale ; on n'en connaissait pas l'essence et on ne faisait guère autre chose que courber la tête devant le fléau inconnu. Un an avant la grande discussion académique de 1858, sur la fière puerpérale, M. Tarnier, dans sa thèse (1), mit en lumière ce fait, que, à la Maternité, il succombait environ 1 femme sur 19, tandis que dans la pratique de la ville cette proportion n'était que de 1 mort sur 322 accouchées. Il conclut à la nature contagieuse de l'infection des femmes en couches, et voici à ce propos la dernière phrase de sa thèse : « C'est avec sincérité et conviction que nous soutenons que la fièvre puerpérale est contagieuse. » La publication de M. Le Fort (2), vint corroborer cette assertion. L'Assistance publique, alarmée par la violente épidémie qui régna en 1864 à la Maternité, se décida à exécuter une réforme instamment réclamée par M. Tarnier : elle isola les femmes saines des femmes malades en les répartissant dans des services isolés. Elle prit en même temps une excellente mesure

(1) Bourneville. — *Rapport sur un projet de vœu relatif à une nouvelle organisation du service des accouchements dans les hôpitaux.* — Le vœu qui a fait l'objet de ce rapport a été déposé par M. B. en mai 1877. — Voici aussi : Bourneville : *Rapp. sur le budget de l'Assistance publique* pour 1879 ; n° 119, 1878, p. 84 ; — pour 1880, n° 154, 1879, p. 70 ; — pour 1881, n° 190, 1880, p. 88 ; — pour 1882, n° 85, 1881, p. 73.

(1) *Recherches sur l'état puerpéral et sur les maladies des femmes en couches.* Paris, 1857.

(2) Le Fort. — *Des Maternités.* Paris, 1866.

d'hygiène prophylactique en adoptant le système des évacuations alternantes des salles de femmes en couches. Depuis, la construction du pavillon Tarnier à la Maternité, en 1877, a réalisé le modèle d'une installation hospitalière à salubrité parfaite, basée sur les deux principes de l'isolement et de la désinfection prompte et facile. Pour compléter cette œuvre d'hygiène, M. Tarnier, en 1881 (1), appliqua systématiquement la méthode antiseptique aux femmes en couches.

Si l'on prend pour guide dans l'appréciation de la valeur de ces améliorations successives les tables de mortalité de la Maternité, et c'est là comme on sait le meilleur critérium, on voit que pendant la période déjà reculée que M. Tarnier a si justement stigmatisée du nom de période des anciens errements, la statistique des décès a pu s'élever à une moyenne de 9,3 0/0, L'adoption des mesures d'isolement abaissa ce chiffre à 2,3 0/0. Enfin, depuis que l'antisepsie règne d'une façon absolue à la Maternité, c'est à peine s'il meurt 1 femme sur 100. On ne peut en vérité souhaiter de plus superbes résultats, si l'on considère que cette mortalité est presque exclusivement fournie par des cas désespérés, amenés du dehors à l'hôpital.

Les statistiques obtenues dans les services d'accouchements récemment créés, sur la demande formelle du Conseil municipal, ne le cèdent en rien par l'excellence de leurs résultats à celles de la Maternité. Pour citer des exemples, de 1883 à 1887, à Lariboisière, la mortalité a été de 54 sur 2.922, soit 1,84 0/0 et à la Charité de 1,55 p. 0/0.

Ce n'est pas seulement le corps médical qui a su apprécier la valeur d'une telle réforme. Le public intéressé n'a point tardé à s'en rendre compte ; le nombre sans cesse croissant des accouchements traités par l'Assistance publique en fait éloquemment foi. Tandis qu'il était de 9.397 en 1878, il s'est élévé à 14.177 en 1887. Le total des lits dont l'Administration dispose dans ses services spéciaux est actuellement de 375. Ce chiffre est assurément insuffisant ; aussi le plus grand nombre des accouchements doit-il se faire hors des hôpitaux chez les sages-femmes agréées. A cet état de choses, nous ne ferions aucune objection, étant donné que les sages-femmes en question offrent toutes garanties de savoir et de sollicitude pour les femmes qu'on leur confie, surveillées activement qu'elles sont d'ailleurs par les accoucheurs des hôpitaux, s'il n'entraînait un surcroît considérable de dépenses, et si la pratique de ces accouchements n'était perdue pour l'instruction que l'Assistance publique dispense aux étudiants (2). Il y aurait donc à la fois avantage pécuniaire et intérêt au point de vue des études à ce que les accouchements fussent en plus grand nombre possible, pratiqués dans les hôpitaux. — Bien que l'Administration ait augmenté le nombre des lits dans quelques-uns de ses services, nous devons espérer que d'ici peu, chaque hôpital possédera des salles spéciales d'accouchements, confiées, cela va de soi, à des accoucheurs des hôpitaux.

Examinons maintenant les progrès accomplis dans l'*Enseignement officiel de la Faculté.* Cet enseignement, autrefois, n'était donné que par les deux professeurs titulaires. Le cours de théorie, professé pendant le semestre d'été, comprenait comme programme annuel toute l'obstétrique. Les leçons de clinique étaient faites toute l'année à l'hôpital de la Faculté. Mais malgré les brillantes leçons de P. Dubois, de Depaul et de Pajot, on doit reconnaître que l'instruction pratique était insuffisante. Libre aux étudiants de pénétrer dans la salle de travail, quand par hasard ils passaient devant l'hôpital de la Clinique au moment où s'y faisait un accouchement ; mais de ce fait qu'il n'y avait guère d'ordre dans la répartition des élèves auprès des femmes en couches, et qu'il n'existait en même temps aucune obligation pour ceux-ci de pratiquer des accouchements, la plupart s'abstenaient de distraire une partie de leur temps pour acquérir une instruction obstétricale. Une personne fort expérimentée, attachée depuis de longues années à la clinique d'accouchements de la Faculté, racontait récemment le fait suivant : un jeune docteur, se présente un jour à elle et, en toute hâte, la supplie de le mettre à même d'assister à un accouchement : « Je n'en ai jamais vu, dit-il, et je pars ce soir prendre possession de ma clientèle. » Celui-là était, très relativement il est vrai, un consciencieux. Combien sans faire montre de cette curiosité s'en sont allés apprendre aux dépens de leurs clientes, que l'obstétrique est autre chose qu'une affaire d'intuition ! En somme instruction théorique trop élémentaire ; enseignement pratique très imparfait : tel était le bilan du passé.

La Faculté s'est attaquée tout d'abord au plus facile de sa tâche de réformes. Elle a commencé par perfectionner l'instruction théorique en en multipliant les sources. En 1878 ont été créés les cours complémentaires, tant pour le semestre d'hiver, que pour le semestre d'été. M. Tarnier, nommé professeur en 1884, a pensé qu'il était préférable que le cours magistral d'accouchements, fût autre chose qu'un exposé élémentaire, une sorte de manuel verbal, si nous osons dire, expédiant, chaque année tout l'art des accouchements en une quarantaine de leçons. Il en a réparti le programme, sur un ensemble de quatre années, et la Faculté a donné mission aux cours complémentaires, transformés en conférences, par un économique changement d'étiquettes, de traiter dans le courant de chaque année les points laissés de coté par le professeur. De cette façon l'élève en médecine, pressé par le temps, pouvait en un an se munir d'un bagage obstétrical suffisant, et en quatre ans posséder des connaissances théoriques aussi parfaites que possible. La dignité de notre école a donc eu beaucoup à gagner à cette modification. Les étrangers, dont le nombre va en augmentant chaque jour à la Faculté, ont pu s'assurer ainsi que point n'était besoin d'aller à Vienne ou Berlin pour rencontrer un bon enseignement technique. Cet enseignement, ils sont à même de l'acquérir à Paris, et cela sans bourse délier, ce qui ne gâte rien.

(1) *Compte-rendus du Congrès médical international de* Londres, 1881.

(2) Cependant, les élèves inscrits à la maternité de la Charité, sont envoyés par M. Budin, chez les sages-femmes agréées pour y pratiquer eux-mêmes les accouchements des femmes venues de l'hôpital.

Dans le domaine de la pratique un large pas en avant a été fait en 1880. Par l'initiative de M. Bar, et avec le concours de M. Farabeuf, ont été instituées des manœuvres d'obstétrique opératoire, à l'Ecole pratique. Au semestre d'été, pendant six semaines, les élèves répartis en séries sous la direction de moniteurs, viennent pratiquer sur le mannequin des exercices de toucher, et exécuter les principales opérations, versions, forceps et embryotomies. Chaque année un agrégé est délégué pour diriger ces manœuvres et en exposer dans une demi-douzaine de leçons, la technique opératoire. Est-il besoin de dire que le succès a répondu à cette heureuse innovation ? Pour ne parler que de la dernière année (1888), nous dirons que le nombre des élèves inscrits pour suivre ces manœuvres a été de 415.

Restait l'*éducation clinique*. Sur ce point, comme sur les autres, il y avait à réformer. Il y avait surtout — et malheureusement à l'heure présente, il y a encore — beaucoup à compléter. Avec l'appui du doyen de la Faculté, M. Budin, chargé du cours de clinique obstétricale pour l'année 1887-1888 a entrepris la tâche de modifier l'état de choses régnant jadis à l'hôpital de la Clinique, au mieux des intérêts des étudiants. Dans ce but il mit en vigueur dans le service qui lui était confié l'organisation par lui adoptée à la Charité. Qu'il nous soit permis de rappeler à nos lecteurs en quoi a consisté cette réforme, et de reproduire les lignes que nous avons publiées à ce propos dans ce journal (1). « Le programme proposé par M. Budin présente cet immense avantage qu'il accroît et utilise au mieux les ressources dont peuvent disposer les étudiants.... Les étudiants désireux de faire des accouchements et de participer à la consultation se font inscrire à la clinique. Sous la direction de cinq moniteurs offrant toutes garanties de zèle et d'instruction, ils sont à tour de rôle appelés auprès des femmes en travail. Une salle d'attente convenablement aménagée est mise à leur disposition. Deux élèves se trouvent associés par accouchement : l'un, à titre de pratiquant, donne à la femme tous les soins nécessaires pendant le travail, prend des notes au sujet du cas qui lui est confié, et rédige ensuite l'observation dont lecture est donnée à la visite du matin ; l'autre l'assiste, prend des notes de son côté pour participer aux interrogatoires ou discussions qui peuvent suivre la lecture de l'observation. Ce deuxième élève deviendra pratiquant dans un second accouchement, assisté à son tour par un nouveau compagnon, et ainsi de suite. Avec ce mode d'enseignement, en outre des leçons professées le mardi et le samedi à l'amphithéâtre, les étudiants trouvent ainsi dans la visite du matin, une source d'instruction d'autant plus attrayante et profitable, qu'ils sont appelés à prendre part eux-mêmes aux travaux du service.... Cette nouvelle méthode de l'enseignement de l'obstétrique constitue une véritable école d'apprentissage pour les médecins. S'il est vrai qu'elle n'est pas sans entraver temporairement la liberté de l'étude des autres branches de la science médicale et que, de plus, elle comporte beaucoup d'assiduité et quelque peu de fatigue, nous ne pensons pas que le praticien, aux prises avec les responsabilités personnelles, songe à regretter les heures de veille, qu'étudiant, il aura dû passer à la Clinique. »

(1) *Progrès médical*, n°47, 1887.

Veut-on connaître maintenant les résultats obtenus ? Du 15 novembre 1887 au 31 juillet 1888, 205 élèves en médecine se sont fait inscrire et ont pratiqué un total de 513 accouchements. Quelques-uns, pendant un séjour de 4, 5 et 6 mois à l'hôpital, ont pu faire 14, 16 et même 31 accouchements. La plupart dans un laps de temps plus restreint, en 2 ou 3 mois, ont pratiqué de 3 à 6 accouchements. La réception des femmes enceintes, abandonnée auparavant à la sage-femme en chef et aux élèves sages femmes (1) a été faite chaque jour par le chef de clinique accompagné de six étudiants. Le nombre des femmes venues à la consultation, qui était de 65 en moyenne pour les mois de novembre et décembre, s'est accru rapidement. Il a été de 166 pour le mois de juillet. De novembre à la fin de juillet, il a atteint le total de 1001.

Bien que la nouvelle organisation, expérimentée au cours de cette année, ait permis aux étudiants d'utiliser le mieux possible et sans léser les intérêts de l'instruction des élèves sages-femmes, ce matériel d'études cliniques de l'hôpital de la Faculté, il s'en faut encore de beaucoup que ce matériel soit suffisant pour répondre aux besoins de l'enseignement. « Il y a, dit M. Brouardel (2) 500 élèves, au minimum, dont l'instruction pratique est à la charge exclusive de la Faculté qui, pour faire face aux exigences de cette instruction, n'a que la clinique de la rue d'Assas avec ses 800 ou 900 accouchements, ce qui équivaut à moins de 2 accouchements par diplôme, surtout si l'on tient compte du temps perdu pendant les vacances. »

Aussi, depuis plusieurs années, la Faculté s'était-elle préoccupée de créer une *seconde chaire de clinique obstétricale*. Déjà, en mai 1881, M. Vulpian avait adressé une requête au ministère à ce propos. Mais la demande n'avait pu avoir de suites, rejetée qu'elle avait été, lors de la discussion au Conseil de la Faculté, sur les instances du professeur de clinique d'accouchements du moment. Au mois de janvier 1887, après la retraite de M. Pajot, la question fut de nouveau agitée et la Faculté décida de demander la transformation de la chaire de théorie en une nouvelle chaire de clinique. Le cours magistral théorique devait être remplacé par un cours complémentaire institué à la Faculté et confié à l'un des agrégés ; la 2e chaire de clinique devait être installée à la Maternité. Le Conseil général des Facultés ratifia ce vote ; mais la Société des chirurgiens des hôpitaux, craignant de se voir spolier d'un service qu'elle considérait comme à elle appartenant, fit opposition au vote (3). La Faculté

(1) Les élèves sages-femmes ont trouvé une équitable compensation dans l'accès qui leur a été donné des salles de femmes enceintes, où elles ont été suffisamment à même de pratiquer les exercices de diagnostic.

(2) Contre-projet présenté par M. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine, au Conseil de surveillance de l'Assistance publique, à propos de la création d'une chaire de clinique obstétricale à la Maternité.

(3) M. le directeur de l'Assistance publique a le *devoir impérieux* de profiter de toutes les circonstances qui se présenteront, décès ou changement de service, pour donner aux *accoucheurs*

spécifia dès lors qu'elle n'entendait pas mettre la main sur toute la Maternité, mais seulement prendre un service de création nouvelle dans cette maison. Le corps de bâtiment construit tout récemment et non encore occupé, parfaitement aménagé au point de vue des amphithéâtres, du logement du personnel, etc., et d'ailleurs très facilement et complètement isolable de l'école des sages-femmes de l'Assistance publique, offrait, en y adjoignant le pavillon Tarnier, l'emplacement le plus convenable pour l'installation de la nouvelle clinique.

L'entente de la Faculté avec l'Assistance publique se fit sur cette base. De plus, comme les bâtiments nouveaux et le Pavillon Tarnier, qui devaient fournir 40 lits pour les nouvelles accouchées, n'en pouvaient offrir en réalité que 35, la Faculté demanda et obtint que cinq baraquements nouveaux, ainsi que diverses servitudes, seraient construits aux frais de la Ville.

Toutes choses étant décidées, et toutes difficultés semblant aplanies, il ne restait plus qu'à obtenir de la commission législative du budget, un subside d'environ 7000 francs, destinés à payer les frais d'un cours complémentaire, et à assurer le traitement du personnel attaché par le ministère de l'instruction publique au nouvel établissement. La commisssion du budget a cru tout récemment devoir refuser la somme demandée. Nous espérons cependant qu'il ne s'agit pas là d'une décision irrévocable et que la Chambre voudra bien prendre en considération la requête de la Faculté, quand elle aura mis en balance d'une part les bénéfices à recueillir de l'amélioration projetée; d'autre part, la minime importance de la somme d'argent qu'il s'agit de sacrifier.

Nous apprenons avec une vive satisfaction, au moment de mettre sous presse, que, revenant sur sa précédente décision, la Commission du budget a voté le crédit nécessaire pour la transformation de la chaire de théorie d'accouchements en une chaire de clinique qui sera installée à la Maternité.

---

des hopitaux les services confiés à des chirurgiens antérieurement à la création des accoucheurs. Il y va et de l'intérêt de la science et de l'intérêt supérieur des femmes enceintes. Il a été créé dans ces dernières années, un peu sur nos instances, assez de services de chirurgie pour que MM. les chirurgiens y aient trouvé une juste compensation. Nous avons réclamé la création de deux *Instituts pour les enfants rachitiques et difformes*, analogues à ceux de Milan et de Turin, et demandé que la direction en fut confiée à des *chirurgiens* des hopitaux. Le Conseil municipal a adopté cette proposition. Aux chirurgiens à nous aider auprès de l'Administration de l'Assistance publique pour faire réaliser cette réforme (B).

ÉCOLE DÉPARTEMENTALE D'INFIRMIERS ET D'INFIRMIÈRES DE L'ASILE SAINTE-ANNE (septième année). — Les cours commenceront le lundi 5 novembre 1888, à deux heures du soir, dans l'Amphithéâtre de l'admission et se continueront les lundis et vendredis suivants à la même heure. — *Programme pour l'année scolaire* (1888-1889) : *Hygiène*, professeur : M. le Dr DUBUISSON. — *Pansements et Appareils*, professeur : M. le Dr PICQUÉ. — *Physiologie*, professeur : M. le Dr VALLON. — *Anatomie*, professeur : M. le Dr PICHON. — *Petite pharmacie*, professeur : M. THABUIS, pharmacien en chef de l'asile de Vaucluse. — *Administration*, professeur : M. le Dr TAULE. — Les personnes étrangères à l'établissement qui désireront suivre ces cours gratuits devront se faire inscrire tous les jours, de 10 heures à 4 heures, à la direction de l'Asile.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889).

Semestre d'hiver (3 novembre 1888).

I. *Cours.* — *Anatomie :* M. FARABEUF. Les viscères thoraciques. Les vaisseaux sanguins. Lundi, mercredi, vendredi à 4 heures (Grand Amphithéâtre). — *Physique médicale :* M. GARIEL. Phénomènes généraux et applications biologiques de l'électricité et de l'optique. Lundi, mercredi, vendredi, à midi (Petit Amphithéâtre). — *Pathologie médicale :* M. DIEULAFOY. Maladies des voies respiratoires, Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre). — *Chimie médicale :* M. GAUTIER. Chimie organique générale et médicale. Jeudi, samedi. Cours spécial de chimie biologique. Dérivés azotés des albuminoïdes : Série urique. Ptomaïnes et leucomaïnes. Digestion; Lymphe; Sang. Mardi, à 1 heure. (Grand Amphithéâtre).— *Pathologie chirurgicale :* M. LANNELONGUE. M. BOUILLY, agrégé, chargé du cours. Affections chirurgicales de la cavité de l'abdomen et des organes génitaux de l'homme et de la femme. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre). — *Opérations et Appareils :* M. DUPLAY. Thérapeutique des maladies chirurgicales de l'appareil digestif et de ses annexes (bouche, pharynx, œsophage, estomac, intestins, foie..., etc...). Opérations qui se pratiquent sur ces organes. Chirurgie abdominale. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre). — *Histologie :* M. Mathias DUVAL. Les éléments de la génération et l'appareil urinaire, Les tissus conjonctifs, cartilagineux et osseux. Le système nerveux. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre).— *Anatomie pathologique :* M. CORNIL. Anatomie pathologique spéciale. Organes de la respiration et de la digestion. Organes génito-urinaires. Lundi vendredi, à 5 heures, Faculté (Grand Amphithéâtre). Mercredi, à 1 heure 1/2 (Ecole pratique). Autopsies (voir l'affiche spéciale). Amphithéâtre Bichat, à l'Hôtel-Dieu). — *Histoire de la Médecine et de la Chirurgie :* M. LABOULBÈNE. L'ancienne Académie de chirurgie. Nosographie et thérapeutique historiques. Biographie et Bibliographie médicales. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Petit Amphithéâtre) — *Conférences de Médecine légale :* M. BROUARDEL. Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures (à la Morgue).

II. *Cliniques.* — *Cliniques médicales :* MM. G. SÉE, à l'Hôtel-Dieu, lundi, mercredi et vendredi, à 9 heures 1/2. POTAIN, à la Charité, mardi et samedi, à 10 heures. JACCOUD, à la Pitié, mardi et samedi, à 9 heures 1/2. PETER, à l'hôpital Necker, mercredi et vendredi, à 9 heures 1/2. — *Cliniques chirurgicales :* MM. RICHET, à l'Hotel-Dieu, mardi et samedi, à 10 heures; VERNEUIL, à la Pitié, lundi, mercredi et vendredi, à 10 heures; TRÉLAT, à la Charité, lundi, mercredi et vendredi, à 10 heures; LE FORT, à l'hôpital Necker, mardi, jeudi et samedi, à 9 heures. — *Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale :* M. BALL, à l'asile Sainte-Anne, dimanche et jeudi, à 10 heures.—*Clinique des maladies des enfants :* M. GRANCHER, à l'Hôpital des Enfants-Malades, mardi et samedi, à 10 heures. — *Clinique des maladies syphilitiques et cutanées :* M. FOURNIER, à l'Hôpital Saint-Louis, mardi et vendredi, à 9 heures. — *Clinique des maladies du système nerveux :* M. CHARCOT, à la Salpêtrière, mardi et vendredi, à 9 heures 1/2. — *Clinique ophthalmologique :* M. PANAS, à l'Hôtel-Dieu, lundi et vendredi, à 9 heures. — *Clinique d'accouchements :* M. TARNIER, à la Clinique de la Faculté, mardi, jeudi et samedi, à 9 heures. *Visite des malades tous les matins.*

III. *Conférences.* — *Histoire naturelle :* M. BLANCHARD, agrégé. Cryptogames. Parasitisme animal. Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures (Grand Amphithéâtre). — *Physiologie :* M. REYNIER, agrégé. Fonctions de la reproduction. Organes des sens. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre). — *Pathologie générale :* M. BALLET, agrégé. L'hérédité et les maladies héréditaires. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Salle Laennec).— *Pathologie interne :* M. CHAUFFARD, agrégé. Maladies du foie et de l'appareil urinaire. Lundi mercredi, vendredi, à 4 heures (Petit Amphithéâtre). — *Pathologie externe :* M. SCHWARTZ, agrégé. Maladies des os, des vaisseaux et des nerfs; maladies des membres. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre).

IV. *Travaux pratiques.* — *Anatomie :* M. POIRIER, agrégé, chef des Travaux anatomiques. Dissection. Démonstrations par les prosecteurs et les aides d'anatomie. Tous les jours, de midi à 4 heures (15, rue de l'Ecole-de-Médecine). — *Histoire naturelle :* M. FAGUET, chef des Travaux. Exercices pratiques : Zoologie et botanique. Conférences et démonstrations. Lundi et jeudi (1re série); mardi et vendredi (2e série), de 9 h. à 11 h. (Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine). —*Chimie médicale :* M. HANRIOT, agrégé, chef des Travaux. Manipulations de chimie. Conférences et démonstrations. Mardi, jeudi, samedi, de 8 heures à 10 heures 1/2. (Ecole pratique, rue Vauquelin). — *Physique médicale :* M. N..., chef des Travaux. Manipulations de physique. Conférences et démonstrations. Mardi, jeudi, samedi, de 4 heures à 6 heures (à la Faculté). — *Anatomie pathologique :* M. BRAULT, chef des Travaux. Exercices pratiques d'anatomie patho-

logique. Conférences et démonstrations. Tous les jours, à 2 heures, laboratoire des travaux d'anatomie pathologique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. — *Histologie* : M. Rémy, agrégé, chef des travaux. Exercices pratiques d'histologie. Conférences et démonstrations. Tous les jours, de 1 h. à 3 heures (*Ecole pratique*, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine). — Des affiches spéciales annoncent plus loin (p. 338) les dates de l'ouverture des cours et des travaux pratiques).

V. *Division des études.* — *Première année* : Chimie médicale, physique médicale, histoire naturelle médicale.— Travaux pratiques obligatoires (doctorat et officiat) : chimie, physique, histoire naturelle.

Deuxième année : Anatomie, histologie, physiologie, pathologie interne, pathologie externe. — Travaux pratiques obligatoires (doctorat) : anatomie. — Travaux pratiques obligatoires (officiat) : stage hospitalier, anatomie.

Troisième année : Anatomie, histologie, physiologie, anatomie et histologie pathologiques, pathologie interne, pathologie externe, opérations et appareils, thérapeutique et matière médicale, pharmacologie, cliniques médicale et chirurgicale.— Travaux pratiques obligatoires (doctorat) : stage hospitalier, anatomie, histologie. — Travaux pratiques obligatoires (officiat) : stage hospitalier, anatomie.

Quatrième année : Pathologie interne, pathologie externe, anatomie pathologique, pathologie et thérapeutique générales, pathologie expérimentale, opérations et appareils, hygiène, thérapeutique et matière médicale, pharmacologie, accouchements et maladies des femmes, médecine légale, histoire de la médecine et de la chirurgie, cliniques médicale et chirurgicale, clinique obstétricale, cliniques spéciales. — Travaux pratiques obligatoires (doctorat) : stage hospitalier, anatomie pathologique. — Travaux pratiques obligatoires (officiat) : stage hospitalier, anatomie.

VI. — *Professeurs honoraires :* MM. Gavarret, Sappey, Hardy, Pajot.

Le *Musée Orfila* et le *Musée Dupuytren* sont ouverts aux élèves tous les jours, de 11 heures à 4 heures. — La *Bibliothèque* est ouverte tous les jours, de 11 h. du matin à 5 h. de l'après-midi et tous les soirs, de 7 h. et demie à 10 h.

Semestre d'été.

Voici la liste des professeurs qui font leurs cours pendant le semestre d'été : M. Ch. Richet (*physiologie*); — M. Damaschino (*pathologie médicale*) : — M. Guyon (*pathologie chirurgicale*) ; — M. Regnauld (*pharmacologie*) ; — M. Proust (*hygiène*) : — M. Straus, (*pathologie expérimentale el comparée*) ; — M. Baillon (*histoire naturelle médicale*);— M. Hayem (*thérapeutique et matière médicale*); — M. Maygrier, agrégé, chargé de cours (*accouchements*).

Agrégés en exercice.

1re Section.— *Sciences anatomiques et physiologiques* : MM. Reynier, Rémy (Auguste), Quénu et Poirier.

2e Section. — *Sciences physiques et naturelles.* — *Physique* : M. N... — *Chimie* : M. Hanriot et Pouchet. — *Pharmacologie* : M. Villejean. — *Histoire naturelle* : M. Blanchard (Raphaël).

3e Section. — *Médecine proprement dite et médecine légale* : MM. Landouzy; — F. Raymond; — Troisier; — Joffroy; — Hanot; — Quinquaud ; — Hutinel ; — Robin (Alb.).; — Brissaud ; — Ballet; — Déjerine ; — Chauffard.

4e Section. — *Chirurgie et accouchements.* — *Chirurgie* : MM. Schwartz, Jalaguier, Brun, Peyrot, Bouilly, Reclus, Kirmisson, Segond, Campenon. — *Accouchements* : MM. Budin, Ribemont-Dessaignes et Maygrier.

Travaux pratiques et stage.

I. — Les travaux pratiques, aux termes du décret du 20 juin 1878, sont *obligatoires* pour tous les élèves de 1re année, de 2e année, de 3e, année et de 4e année. Ils sont également obligatoires pour les *officiers de santé*.

Les droits à payer sont ainsi fixés (Décret du 20 juin 1878, article 8) : Elèves de 1re année, 60 fr.—Elèves de 2e année, 40 fr.—Elèves de 3e année, 40 fr. — Elèves de 4e année, 20 fr.

Les travaux pratiques sont facultatifs pour les élèves qui ont 16 inscriptions. Le décret du 14 octobre 1879 détermine les conditions que ces élèves ont à remplir pour pouvoir prendre part à ces travaux. Ce décret porte : « Art. 2. — Les élèves qui justifieront de toutes leurs inscriptions pourront, sur leur demande écrite, être admis par le Doyen à prendre part de nouveau à telle ou telle série d'exercices pratiques, moyennant le paiement d'un droit fixe de 40 fr. par année scolaire, déterminé par le décret du 31 décembre 1864, pour les frais matériels des exercices facultatifs; ce droit est payable en un seul terme. » Conformément aux dispositions qui précèdent, les étudiants qui possèdent actuellement 16 inscriptions et qui désirent prendre part aux travaux pratiques doivent adresser au Doyen une demande qu'ils déposeront au secrétariat de la Faculté. Dès qu'ils auront reçu l'autorisation nécessaire, ils devront verser à la caisse du préposé aux droits universitaires la somme de 40 fr., stipulée plus haut, plus 0 fr. 25 pour le timbre de la quittance. Il leur sera délivré : 1° une quittance détachée du registre à souche attestant le paiement des droits; — 2° une carte d'admission aux exercices pratiques.

Les docteurs français et les étrangers qui désireraient être admis à prendre part aux travaux pratiques devront remplir les mêmes formalités que celles qui sont imposées aux étudiants ayant 16 inscriptions.

Les aspirants à l'*Officiat* sont assimilés aux étudiants pour le doctorat. Les travaux pratiques sont obligatoires.

Les travaux pratiques, comme nous l'avons dit plus haut, sont *obligatoires* pour les élèves des 4 années d'études et *nul ne peut prendre d'inscription trimestrielle* s'il ne produit un *certificat d'assiduité* délivré par le chef des travaux. — Voici, pour chaque année, les exercices (travaux pratiques et stage) que les étudiants (docteurs ou officiers de santé, sont obligés de suivre :

Première année : Manipulations de physique et de chimie ; exercices d'histoire naturelle. — *Deuxième année* : Exercices de dissection et démonstrations d'histologie et de physiologie. — *Troisième année* : Comme en seconde année. — *Quatrième année* : Exercices de médecine opératoire et d'anatomie pathologique.

Les travaux pratiques de première année durent toute l'année. En deuxième et troisième années, les exercices de dissection ont lieu en hiver : l'admission à ces exercices n'est prononcée qu'après un examen satisfaisant sur l'ostéologie. Les exercices d'histologie sont annuels. Les démonstrations de physiologie ont lieu pendant le semestre d'été. En quatrième année, les exercices d'anatomie pathologique sont annuels; ceux de médecine opératoire sont semestriels et commencent le 16 mars.

Travaux pratiques de 1re année.—Les travaux pratiques de *Physique*, de *Chimie* et d'*Histoire naturelle* sont commencés depuis le lundi 5 novembre 1888. Ils auront lieu pendant le 1er semestre 1888-89, aux jours et heures ci-après désignés :

1° *Physique* : Mardi, jeudi, samedi, de 4 h. à 6 h. du soir, à la Faculté. — Les inscriptions seront reçues au laboratoire des Travaux pratiques de physique (installé provisoiremenr a la Faculté), du lundi 22 octobre au samedi 10 novembre inclus, de 9 à 11 h. du matin. — 2° *Chimie* : Mardi, jeudi, samedi, de 8 h. à 10 heures et demie du matin (à l'ancien collège Rollin), 2, rue Vauquelin. — Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. Hanriot, chef des travaux (ancien collège Rollin), du lundi 22 octobre au samedi 10 novembre inclus, de 9 à 11 h. du matin. — 3° *Histoire naturelle* : lundi et jeudi (1re série); mardi et vendredi (2e série), de 9 h. à 11 h. du matin, à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. Faguet, chef des travaux (Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine), aux jours indiqués ci-dessus pour la chimie, de 9 h. et demie à 11 h. du matin. — Passé le 10 novembre, aucune inscription ne sera plus admise, à moins d'autorisation spéciale.— En recevant l'inscription des élèves, MM. les chefs des travaux remettront à chacun d'eux une carte d'entrée, sur présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits. Dans l'intérêt de leurs études, MM. les élèves sont invités à demander leur inscription le plus tôt possible. Ils sont prévenus de leur mise en série par MM. les chefs des travaux.

Travaux pratiques d'anatomie pathologique, sous la direction de M. le Dr Brault, chef des travaux. — Les travaux pratiques d'anatomie pathologique sont commencés depuis le lundi 22 octobre 1887. MM. les étudiants, pourvus de 12 inscriptions, sont priés de se faire inscrire à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine (laboratoire d'Anatomie pathologique), pour les travaux pratiques concernant l'anatomie pathologique, tous les jours, à partir du lundi 8 octobre 1888, jusqu'au samedi 24 novembre inclus, et de 2 h. à 3 h. de l'après-midi. — Une carte d'admission leur sera délivrée. Ils sont prévenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions ultérieures leur seront refusées.

II. —Le *Stage hospitalier* imposé commence en novembre, à partir de la neuvième inscription ; il se continue sans interruption jusqu'à la fin du trimestre qui suit la seizième inscription. Chaque année de stage, déduction faite des deux mois de vacances, est de dix mois de service dans un hopital. Le nombre de jours de stage par trimestre est ainsi déterminé : *Premier trimestre* : Novembre et décembre, 56 jours. — *Deuxième trimestre* : Janvier, février et mars, 86 jours. — *Troisième trimestre* : Avril, mai et juin, 86 jours. — *Quatrième trimestre* : Juillet et octobre, 56 jours.

Les inscriptions pour le stage sont reçues à l'administration générale de l'Assistance publique, sur le vu d'un certificat de scolarité délivré par la Faculté, ou encore sur la présentation du relevé des inscriptions. En pratique, les certificats d'assiduité aux travaux pratiques sont directement adressés à l'administration de la Faculté, par les chefs des travaux ; les certificats de stage sont fournis directement aussi par l'administration générale de l'Assistance publique. MM. les internes et externes sont tenus de fournir eux-mêmes les certificats du service hospitalier, dans les conditions indiquées aux affiches trimestrielles.

Personnel des travaux pratiques.

CHIMIE. — *Chef des travaux* : M. HANRIOT, agrégé. — *Préparateur* : M. Monange; — *Préparateurs adjoints* : MM. Grolous, de Thierry et Bouveault.

ANATOMIE. — *Chef des travaux* : M. POIRIER. — *Prosecteurs* : MM. Broca, Boiffin, Hartmann, Lejars, Villemin, Delbet et Potherat. — *Aides d'anatomie titulaires* : MM. Villar, Monprofit, Lyot, Récamier, Sébileau, Thiéry, Joncsco, Chevalier, Rieffel, Legucu, Regnauld, Rollin, Calot, Pfender, Dagron, Mordret, Isch-Wall et Arnould. — *Chef du matériel* : M. Delahousse.

PHYSIQUE. — *Chargé des fonctions de Chef des travaux* : M. Weiss; — *Préparateurs adjoints* : MM. Sandoz et Mergier.

HISTOIRE NATURELLE. — *Chef des travaux* : M. FAGUET. — *Préparateurs adjoints* : Botanique : MM. Bergé et Blondel ; — Zoologie : M. Artault.

HISTOLOGIE. — *Chef des travaux* : M. A. RÉMY. — *Préparateur* : M. Variot. — *Aides* : MM. Launois, Chatellier, Girode, Pilhet et Chantre.

PHYSIOLOGIE. — *Chef des travaux* : M. LABORDE. — *Préparateurs* : MM. Rondeau et Gley. — *Aides* : MM. Langlois et Héricourt.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *Chef des travaux* : M. BRAULT. — *Préparateurs* : MM. Chantemesse et Toupet. — *Moniteurs* : MM. Widal, Marfan, Guinon, Nicolle et Parmentier.

Inscriptions. Formalités à remplir.

I. *Inscription des élèves nouveaux.* — L'inscription des élèves nouveaux a lieu tous les jours, de midi à trois heures, au secrétariat de la Faculté, depuis le 15 octobre et le sera jusqu'au 15 novembre inclus. Le dossier scolaire de ces Elèves sera constitué conformément aux règles établies ci-dessous (articles 3 et 23 du décret en date du 30 juillet 1883). Il leur sera délivré une feuille d'inscriptions, une carte d'Etudiant, ainsi qu'un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au Secrétariat pour prendre leur inscription et retirer le bulletin de versement des droits à payer à la caisse du receveur des Droits universitaires.

II. *Dispositions générales relatives aux inscriptions* (Extrait du décret en date du 30 juillet 1883 fixant le régime des Cours dans les Facultés et écoles supérieures de plein exercice et préparatoires). — Art. 1er. — Un règlement préparé par la Faculté et approuvé par le Recteur fixe le délai pendant lequel reste ouvert le registre d'inscriptions à chaque trimestre. Les bacheliers reçus à la session de novembre, et les étudiants qui n'ont passé qu'en novembre les examens correspondant aux quatrième, huitième et douzième inscriptions, et les engagés conditionnels d'un an libérés à cette époque, sont admis à se faire inscrire après leur réception ou leur libération. Il leur est accordé, à cet effet, après leur libération ou leur réception, un délai qui ne peut dépasser huit jours. Le registre est clos par le Doyen et visé par le Recteur de l'Académie ou par son délégué.

Art. 2. — La première inscription doit être prise au commencement de l'année scolaire. L'Etudiant ne peut en aucun cas faire prendre ses inscriptions par un mandataire. En cas de maladie dûment constatée ou d'empêchement légitime, le Conseil de la Faculté peut accorder l'autorisation de prendre une inscription après la clôture du registre. Pour des motifs graves, le Conseil de la Faculté peut accorder l'autorisation de prendre les deux premières inscriptions avant le 15 janvier. Il n'est donné aucune suite aux demandes qui parviennent à la Faculté ou Ecole après le 1er janvier. En aucun cas, l'Etudiant ne peut commencer ses études après le 15 janvier. Aucune dispense ne sera accordée.

Art. 3. — Tout Etudiant qui se présente pour prendre sa première inscription est tenu de déposer : 1° Son acte de naissance ; 2° S'il est mineur, le consentement de son père ou de son tuteur. Ce consentement doit indiquer le domicile du père ou tuteur. La signature doit être légalisée. 3° Les diplômes exigés par les règlements.

Les aspirants au Doctorat doivent produire les diplômes suivants (Décret du 20 juin 1878) : 1° Baccalauréat ès lettres ; 2° Baccalauréat ès sciences (complet ou restreint ou de l'enseignement secondaire spécial); 2° Les aspirants à l'Officiat doivent (Décret du 30 juillet 1886), à défaut d'un diplôme de bachelier, justifier du certificat d'études spécial délivré par le Recteur. Les candidats qui auront obtenu avant le 1er novembre 1887, soit le certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial, soit le certificat d'examen de grammaire, complété par l'examen scientifique portant sur les éléments de Physique, de Chimie et d'Histoire naturelle, conformément au programme de l'enseignement secondaire spécial, pourront prendre leur première inscription sans produire le certificat d'études spéciales délivré par le Recteur et institué par le décret du 30 juillet 1886.

Art. 4. — L'étudiant est tenu de déclarer, en s'inscrivant, sa résidence réelle, et, s'il vient à en changer, de faire une nouvelle déclaration. Toute fausse déclaration de résidence peut être punie de la perte d'une ou deux inscriptions. Cette peine est prononcée, sans recours, par la Faculté.

Art. 6. — Tout étudiant convaincu d'avoir pris une inscription pour une autre, encourt la perte d'une à quatre inscriptions · s'il a toutes ses inscriptions, il est ajourné, pour les épreuves qui lui restent à subir, pour un temps qui ne peut excéder une année. Est passible de la même peine, l'étudiant convaincu d'avoir fait prendre par une autre personne une inscription à son profit. La peine, dans ces différents cas, est prononcée sans recours par la Faculté à laquelle appartient l'étudiant.

Art. 23. — Le dossier de l'élève d'un établissement d'enseignement supérieur qui veut passer d'une Faculté dans une autre, ou dans une Ecole, en conservant le bénéfice des inscriptions qu'il a prises et des examens qu'il a subis, doit contenir : 1° Son acte de naissance ; 2° Un certificat de scolarité, délivré par le Doyen et visé par le Recteur; ce certificat mentionne en particulier la situation scolaire : inscriptions, examens, notes, ajournement, stage, travaux pratiques, etc. Ce dossier est transmis d'une Faculté à une autre, par les soins du Recteur. En cas de refus du Doyen de délivrer le certificat, le Ministre statue après enquête.

Art. 27. — Tout étudiant qui, sans motif jugé valable par la Faculté, néglige pendant deux ans de prendre des inscriptions et de subir aucune épreuve, perd le bénéfice des inscriptions prises depuis la dernière épreuve subie avec succès. La décision est prononcée, sans appel, par la Faculté. Les inscriptions d'officiers de santé ne seront, en aucun cas, converties en inscriptions de Doctorat pour les élèves en cours d'études ; cette conversion pourra être autorisée en faveur des Officiers de santé qui ont exercé la médecine pendant deux ans au moins. — (Décret du 20 juin 1878.)

1er trimestre de l'année scolaire 1888-89. — Inscriptions, consignations et travaux pratiques.

I. Inscriptions : Le registre d'inscriptions est ouvert depuis le jeudi 11 octobre. Il sera clos le samedi 24 novembre, à 3 heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures de l'après-midi : 1° Inscriptions de première, de deuxième et de troisième années de doctorat, de première et de deuxième année d'officiat, les jeudi 11, vendredi 12, samedi 13, mercredi 17, jeudi 18, vendredi 19, samedi 20, mercredi 24, jeudi 25, vendredi 26 et samedi 27 octobre, et les mercredi 7, jeudi 8, vendredi 9, samedi 10 novembre. 2° Inscriptions de quatrième année de doctorat, de troisième et quatrième années d'officiat, les mercredi 14, jeudi 15, vendredi 16, samedi 17, mercredi 21, jeudi 22, vendredi 23 et samedi 24 novembre. MM. les Etudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et heures ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et approuvés par le Conseil de la Faculté. MM. les Etudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au Secrétariat pour prendre leurs inscriptions. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de 4e année de doctorat et de 3e et 4e années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du mardi 13 nov. 1888.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, seront tenus de joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le 4e trimestre 1887-88. — Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'etudiant est attaché. — Ces formalités sont de rigueur. Les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

II. Consignations pour examens. — Les bulletins de versement des droits de consignation pour tous les examens seront délivrés, à partir du 8 octobre, le lundi et le mardi de chaque semaine, de midi à 3 heures. En ce qui concerne le premier examen de doctorat et les examens de fin d'année, les bulletins de versement ne seront délivrés que le lundi 8 et le mardi 9 octobre, conformément à l'avis déjà donné au mois de juillet. Les consignations pour examens de fin d'année ne seront reçues que sur présentation d'une autorisation spéciale : Sont dispensés de cette autorisation les élèves ajournés en juillet.

III. Travaux pratiques. — Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs. Ils sont obligatoires pour tous les étudiants aspirants au doctorat ou à l'officiat. Ils sont facultatifs pour les étudiants ayant 16 inscriptions. Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldes en prenant l'inscription trimestrielle correspondante. Sont admis à prendre part aux travaux pratiques facultatifs, à la condition d'y être autorisés par M. le Doyen, sur leur demande écrite : 1° Les étudiants ayant 16 inscriptions ; 2° les docteurs français ; 3° les docteurs et étudiants en médecine étrangers à la Faculté. L'autorisation est valable pour la durée de l'année scolaire. Les droits sont de 40 fr., payables en une fois.

IV. Cartes d'étudiant : Les cartes d'etudiant, pour l'annee scolaire 1888-89, seront délivrées au secrétariat de la Faculte, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et les consignations.

Ecole pratique (Année-scolaire 1888-89). *Semestre d'hiver.*

Exercices de dissection, sous la direction de M. P. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques. Les élèves de seconde annee doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen préalable d'ostéologie. Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref délai à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, au bureau du chef du matériel, de midi à 4 heures. Les démonstrations d'ostéologie sont commencées depuis le lundi 15 octobre.

Les pavillons de dissection sont ouverts depuis le jeudi 8 novembre, tous les jours, de midi à 4 heures. Les prosecteurs, chefs de pavillon et les aides d'anatomie dirigent et surveillent les travaux des élèves Ils font une démonstration quotidienne dans chaque pavillon. — A. Les étudiants de 1re année ne prennent pas part aux travaux anatomiques. B. Les exercices de dissection sont obligatoires, pour tous les étudiants de 2e et de 3e année : les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le deuxième examen de doctorat (anatomie) s'ils n'ont disséqué 2 semestres d'hiver complets. C. Pour les autres étudiants et les docteurs, les exercices de dissection sont facultatifs. S'ils désirent y prendre part, ils devront se munir d'une autorisation du doyen.

La mise en séries sera faite dans l'ordre suivant : 1° Elèves obligés, 2e et 3e année (suivant la date de leur inscription à l'Ecole pratique); 2° Elèves non obligés et docteurs (suivant la date de leur inscription à l'Ecole pratique).

Nota. — Nul ne peut être admis à l'Ecole pratique d'Anatomie s'il ne s'est fait préalablement inscrire au bureau du chef de materiel et n'a reçu une carte d'entrée. Ce bureau, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, sera ouvert tous les jours, de midi à 4 heures, jusqu'au 15 novembre. Pour recevoir une carte d'entrée, chaque étudiant devra présenter : 1° Sa feuille d'inscription mise à jour, par le secrétariat de la faculté ; 2° La quittance constatant le paiement des droits. Passé le 15 novembre, nul ne pourra être admis à l'école pratique d'anatomie sans une décision spéciale.

Liste des prix de la Faculté de Médecine.

Prix Corvisart. — Tous les élèves de la Faculté inscrits à l'une des cliniques internes, sont admis à concourir pour ce prix, qui consiste en une médaille en or de 400 fr. Une question de médecine pratique est, *au commencement de chaque année,* proposée par les professeurs aux élèves des cliniques internes. Les élèves doivent en chercher la solution exclusivement dans les faits observés par eux dans les salles de clinique interne. Pour être admis à coucourir, on se fait inscrire au commencement de chaque année, dans l'une des cliniques internes.

Avant le 1er juillet de chaque année, chacun des concurrents remet au secrétariat de la Faculté : 1° les observations recueillies dans le service de clinique auquel il est attaché; 2° la réponse à la question proposée. — Les mémoires doivent être déposés sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaitre. Un jury est chargé de présenter un rapport sur ces travaux et de soumettre à la sanction de la Faculté les noms des concurrents jugés dignes d'obtenir le prix.

Prix Montyon. — Le prix Montyon, qui consiste en une somme de 700 fr. payable en espèces, est accordé à l'auteur du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, sur les caractères et les symptômes de ces maladies, et sur les moyens de les guérir. Ce prix peut être partagé entre deux candidats. Les mémoires des candidats doivent être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet, sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaitre.

Prix Barbier. — D'après les dispositions de M. le baron Barbier, la Faculté de médecine décerne tous les ans un prix de 2,000 fr. à la personne qui a inventé une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mecaniques reconnus d'une utilité générale et supérieure à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment. Les travaux et les objets présentés doivent être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet.

Prix Chateauvillard. — Ce prix, dû aux libéralités de Mme la comtesse de Châteauvillard, née Sabatier, et de la valeur de 2,000 francs, est décerné chaque année, par la Faculté de médecine de Paris, au meilleur travail sur les sciences médicales, imprimé du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente. Les ouvrages destinés à ce concours doivent être écrits en français les thèses et dissertations inaugurales sont admises au concours). — Ils sont reçus au Secrétariat de la Faculté, du 1er au 30 janvier de l'année qui suit leur publication.

Legs du baron de Trémont. — M. Joseph Girold de Vienney, baron de Trémont, ancien préfet, a légué à la Faculté de médecine de Paris, par un testament en date du 5 mai 1847, une somme annuelle de 1,000 francs, en faveur d'un étudiant distingué et sans fortune. Par décret du 8 septembre 1858, M. le Doyen a été autorisé à accepter ce legs, au nom de la Faculté. Les candidats qui voudront s'inscrire recevront, au Secrétariat de la Faculté, les renseignements sur la nature des pièces à fournir. Ces pièces sont reçues jusqu'au 1er juillet.

Prix Lacaze. — Aux termes du testament de M. le Dr Lacaze, un prix d'une valeur de 10,000 francs est accordé, *tous les deux ans*, au meilleur ouvrage sur la *phthisie* et sur la *fièvre typhoïde,* et ainsi de suite alternativement et à perpétuité. Les mémoires des concurrents doivent être remis au Secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet. Le prix Lacaze sera décerné, en 1888, au meilleur ouvrage sur la *phthisie*.

Legs Barkow. — Mme de Barkow, née Guilbert, par un testament en date du 2 juillet 1828, a fait à l'Université un legs universel pour être employé à aider des jeunes gens pauvres à faire de bonnes études et à s'ouvrir par ce moyen une carrière honorable. Le revenu actuel est de 1,000 fr. ; il est affecté à l'entretien des bourses dans les établissements d'enseignement supérieur de Paris.

Legs Jeunesse. — M. Jeunesse (Antony-Jean-Charles), par un testament en date du 19 février 1877, a légué à la Faculté de médecine de Paris : 1° Une somme de 1,500 fr. pour la fondation d'un prix annuel destiné au meilleur ouvrage relatif à l'hygiène; 2° une somme de 750 fr. pour la fondation d'un prix biennal destiné au meilleur ouvrage relatif à l'histologie. Les mémoires des candidats doivent être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet. En 1888, il y aura lieu de décerner le prix annuel seulement.

Thèses récompensées. — La Faculté, après examen des thèses qui ont été soutenues devant elle dans le cours de l'année scolaire écoulée, en désigne un certain nomb qui lui paraissent dignes d'obtenir des récompenses. Ces récompenses sont partagées en trois classes, savoir : 1re *classe* : Médailles d'argent ; 2e *classe*: Médailles de bronze ; 3e *classe* : Mentions honorables.

Bourses de Doctorat en médecine.

A. — Bourses de l'Etat. — *Arrêté du Ministre de l'Instruction publique concernant le mode de concession des bourses du doctorat en médecine* (15 novembre 1879).

Art. 1er. — Les bourses de doctorat en médecine sont données au concours pour une année. Les concours ont lieu au siège des Facultés.

Art. 2. — Le concours comprend deux épreuves : Une épreuve écrite ; — une épreuve orale. Trois heures au plus sont accordées pour l'épreuve ecrite ; L'épreuve orale ne peut durer plus d'un quart d'heure pour chaque candidat. Le merite de chacune des epreuves, écrite et orale, sera exprimé en chiffres de 0 à 20.

Art. 3. — Les candidats s'inscrivent au Secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Ils doivent être Français et âgés de dix-huit ans au moins et de vingt-huit au plus. Ils désignent en s'inscrivant la Faculté à laquelle ils désirent être attachés, et joiguent à cette déclaration les pièces énumérées dans l'article 2 du Règlement du 5 novembre 1877.

(Ces pièces sont : 1° leur acte de naissance ; 2° leurs diplômes dans les sciences et dans les lettres ; 3° une note revêtue de leur signature et indiquant la profession de leur père, la demeure de leur famille, l'établissement ou les établissements dans lesquels ils ont fait leurs études, le lieu ou les lieux qu'ils ont habités depuis leur sortie des dits établissements ; 4° un certificat du chef ou des chefs des dits établissements constatant, avec une appréciation du caractère et de l'aptitude du candidat, l'indication des succès qu'il a obtenus dans le cours de ses classes, et des renseignements sur la situation de fortune de sa famille.)

Art. 4. — Les candidats pourvus des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint, qui ont subi chacun de ces examens avec la note *Bien*, pourront obtenir une bourse de première année.

Art. 5. — Sont admis à concourir : 1° Les candidats qui ont subi avec la note *Bien,* le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878. Les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicales. 2° Les candidats pourvu de huit inscriptions, qui ont subi avec la note *Bien* le premier examen probatoire, et qui justifieront de leur assiduité aux exercices pratiques Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie. 3° Les candidats pourvus de douze inscriptions, qui ont subi avec la note *Bien* la première partie du second examen probatoire. Les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie. 4° Les candidats pourvus de seize inscriptions, qui ont subi avec la note *Bien* la deuxième partie du second examen probatoire. L'épreuve écrite portera sur la pathologie interne et la pathologie externe.

Art. 6. — Les étudiants justifiant des grades de bachelier ès

l ures et de bachel er ès sciences restant, et qui continuent leurs études d'après l'ancien régime, seront admis à concourir, s'ils ont obtenu la note *Bien* à l'examen correspondant à leur temps de scolarité.

ART. 7. — Le concours a lieu annuellement dans la dernière semaine du mois d'octobre.

ART. 8. — Les membres du Jury sont désignés, sur la proposition des Facultés, par le Ministre, qui détermine également les sujets des compositions écrites.

ART. 9. — Immédiatement après la clôture du concours, le Recteur transmet au Ministre les propositions de la Faculté, en y joignant les compositions des candidats, les procès-verbaux où sont indiquées les notes données à l'examen oral et le classement des compositions de l'épreuve écrite. Cet envoi sera complété par les pièces justificatives mentionnées à l'article 3. Ces documents sont soumis à l'examen du Comité consultatif de l'Enseignement public, qui dresse une liste générale des candidats par ordre de mérite.

ART. 10. — Conformément aux dispositions de l'article 1er du présent arrêté, tout boursier qui voudra obtenir une nouvelle bourse devra subir les épreuves du concours correspondant à l'année d'études dans laquelle il doit entrer. Chaque boursier sera l'objet d'un rapport spécial sur son assiduité aux cours et aux exercices pratiques.

ART. 10. — Les arrêtés des [illegible] novembre 1877 et 29 Juin 1878 sont et demeurent abrogés en ce qui concerne les bourses de doctorat en médecine.

Les candidats pourvus de 8 inscriptions doivent justifier de leur assiduité aux exercices pratiques. Les élèves du service de santé militaire peuvent obtenir des bourses, mais seulement jusqu'au moment où l'administration de la guerre leur alloue une indemnité, c'est-à-dire pendant les trois premières années de leurs études. Ils doivent être exclus du concours, s'ils ont douze inscriptions. Les étudiants pourvus de 16 inscriptions sont également susceptibles d'être nommés boursiers durant les deux années qui suivent la 16e inscription. Mais, pour pouvoir prendre part au concours en vue d'une seconde année de bourse, il faut qu'ils aient fait acte de scolarité, c'est-à-dire qu'ils aient subi un examen probatoire avec la note *Bien*. En conséquence, les étudiants qui, pourvus de 16 inscriptions, ont obtenu une bourse pour 1888-89, ne pourront subir les épreuves du concours du mois d'octobre prochain qu'autant qu'ils justifieront avoir passé un examen, et dans les conditions déterminées par le [illegible] arrêté du 19 septembre 1887.

N. B. Le montant de la bourse est de 1,200 francs, payable par douzièmes à la caisse de la Faculté.

Concours pour 1888. — Le *Journal Officiel* du 7 octobre a rapporté l'arrêté qui avait fixé au 27 octobre le concours de ces bourses de doctorat. Ce concours aura lieu à une date ultérieure, et, toutefois, les Chambres maintiennent les crédits alloués à ce service. — Voir dans le *Progrès*, des années précédentes, les questions posées à ce concours.

B.— BOURSES MUNICIPALES DE MÉDECINE. — *Arrêté du Préfet de la Seine portant règlement pour l'attribution des bourses allouées à la Faculté de médecine de Paris.* Le Préfet de la Seine, Vu la délibération en date du 28 décembre 1887, par laquelle le Conseil municipal de Paris a voté un règlement fixant le mode d'emploi des subventions allouées par la ville de Paris aux Facultés de droit et de médecine, et à l'École supérieure de pharmacie de cette ville, Vu les lois de 18 juillet 1837 et du 24 juillet 1867; Vu le décret du 25 mars 1852; sur le rapport de l'inspecteur d'académie, directeur de l'enseignement primaire du département de la Seine, arrête :

ART. 1er. — Est approuvée la délibération susvisée du Conseil municipal de Paris en date du 28 décembre 1887.

ART. 2. — En conséquence, est adopté le règlement dont le texte suit pour l'emploi de la subvention allouée par la Ville de Paris à la Faculté de médecine, et à l'Ecole supérieure de pharmacie de cette ville.

Règlement.

ART. I.— Une subvention municipale de [illegible], renouvelable chaque année, est accordée à la Faculté de médecine de Paris.

ART. II. — Cette subvention est applicable : 1° Principalement à la fondation de bourses d'études de doctorat en médecine; 2° Exceptionnellement à la fondation de bourses de voyages à l'étranger dont le montant est fixé dans chaque cas particulier par décision spéciale du Conseil municipal.

ART. III. — Ces bourses ne peuvent être accordées qu'aux élèves nés soit à Paris, soit ailleurs dans le département de la Seine, ou dont les parents y sont domiciliés depuis cinq ans au moins. A égalité des titres, elles sont attribuées de préférence au candidat dont la famille y est domiciliée depuis plus longtemps.

I. Bourses d'études. — ART. IV. — Les bourses d'études ont pour objet de venir en aide aux étudiants qui n'ont pas les ressources nécessaires pour développer leur instruction. Elles sont réservées, en principe, à des élèves ayant suivi les cours de la Faculté depuis un an au moins et ayant obtenu des notes satisfaisantes aux examens de l'année précédente ; exceptionnellement, une fraction de bourse pourra être accordée à des élèves de 1re année. Les bourses ou fractions de bourses sont accordées pour un an, par le Conseil municipal, sur la proposition de la Faculté, après avis du Préfet. Elles pourront être renouvelées.

ART. V. — Le montant des bourses est ordonnancé au nom du doyen de la Faculté qui le remet au bénéficiaire par fraction d'un quart au début de chaque trimestre de l'année scolaire : cependant, en ce qui concerne le premier trimestre de l'année scolaire, en raison de la date d'ouverture des cours et des délais nécessaires pour l'instruction des demandes, la fraction correspondante peut être payée à l'expiration de ce trimestre, en même temps que celle du deuxième trimestre.

II. Bourses de voyage. — ART. VI. — Les bourses de voyage se divisent en bourses de voyage d'études, accordées aux aspirants au doctorat et en bourses de voyage de recherches, accordées, sur le vu d'un programme, aux docteurs reçus depuis moins de quatre ans. Les unes et les autres sont accordées sur la proposition de la Faculté et sur l'avis du Préfet de la Seine par le Conseil municipal, qui en fixe le montant.

ART. VII. — Au retour de leur voyage, les titulaires d'une bourse de voyage de recherches doivent consigner dans un rapport les résultats de leurs études sur les matières du programme arrêté par le Conseil municipal. Les titulaires de bourses de voyage d'études devront également adresser un rapport sur leurs travaux. Ces rapports seront transmis au Conseil municipal avec les observations de la Faculté.

ART. VIII. — Le montant des bourses de voyage est ordonnancé au nom du doyen de la Faculté qui le remet, en une seule fois, au bénéficiaire au moment de son départ.

III. Instruction des demandes. — ART. IX. — Les demandes de bourses seront déposées par les candidats au secrétariat de la Faculté avant le 15 novembre. Elles doivent être transmises, avant le 15 décembre, à M. le Préfet de la Seine qui les soumet, avec son avis, au Conseil municipal.

ART. X. — Toutes les demandes déposées doivent être transmises, chacune avec un avis spécial. La Faculté propose tous les candidats qui lui paraissent dignes d'une bourse ; elle indique pour eux ses préférences.

ART. XI. — A la liste de présentation sont joints les dossiers des candidats. Chacun de ces dossiers comprend nécessairement les notes, renseignements, indication des travaux précédemment exécutés par les élèves, etc., de nature à éclairer le Conseil sur la situation de fortune et les mérites des candidats. En ce qui concerne les bourses de voyage de recherches, les dossiers des candidats doivent contenir, en outre, les programmes rédigés par les élèves et dont il est question à l'art. VI ci-dessus.

ART. XII. — Le Conseil municipal, sur le vu des propositions et des pièces qui lui sont soumises, dresse la liste des élèves auxquels est accordée une bourse d'étude, décide s'il y a lieu d'accorder des bourses de voyage, et fixe, dans ce cas, le montant de la somme affectée aux dites bourses et les élèves qui doivent en bénéficier.

ART. XIII. — Aucune bourse ne peut être accordée au nom de la Faculté de médecine et de l'Ecole supérieure de pharmacie en dehors des propositions de la Faculté ou Ecole.

Bibliothèque. — Musées. — Renseignements divers.

JARDIN BOTANIQUE ET LABORATOIRE D'HISTOIRE NATURELLE. — Directeur : M. le professeur BAILLON ;—Préparateur des cours : M. MUSSAT ; — Préparateur du laboratoire : M. JOLY. — *Le Jardin botanique*, situé rue Cuvier, n. 12, est ouvert du 15 mars au 1er novembre, sauf les dimanches et les jours fériés, de 6 heures du matin à 6 heures du soir.

MUSÉES. — 1° *Musée Orfila* à l'Ecole de médecine consacré à l'anatomie normale et à la zoologie. Il est ouvert de 10 heures du matin à 4 heures en hiver et 5 heures en été. *Conservateur délégué* : M. N. . . . Nous apprenons que la Faculté est décidée à donner à ce musée une importance que, depuis longtemps, il avait perdue. On y installera un droguier à peu près complet, et il est d'une grande utilité pour les étudiants de première année de venir le consulter.

2° *Musée Dupuytren*, à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. *Conservateur délégué* : M. GOMBAULT. Ce musée, consacré à l'anatomie pathologique, est ouvert tous les jours, de 11 heures à 4 heures en hiver et de 11 heures à 5 heures en été.

L'installation matérielle de ce musée est défectueuse et la place insuffisante. Les nouvelles constructions de l'Ecole pratique, espérons-le, nous donneront un local vaste, suffisamment aéré, où la lumière pénétrera largement. La richesse des pièces pathologiques qu'on peut recueillir à Paris est telle, qu'on pourrait faire de ce musée un des plus grands du monde. Quels fruits les élèves, le livre à la main, en reti-

feraient pour l'étude de tous les types pathologiques! Pour apprendre, il faut voir et comprendre, et quelque assidu qu'on soit aux autopsies dans les cliniques, on ne peut tout voir. Les résultats obtenus par nos rivaux étrangers nous montrent la nécessité d'apporter promptement des réformes considérables dans l'aménagement intérieur et dans la disposition du Musée Dupuytren.

Bibliothèque. — La bibliothèque de la Faculté de médecine est ouverte de 11 heures du matin à 5 heures du soir, et de 7 heures 1/2 à 10 heures du soir. Il serait vivement à désirer que la bibliothèque restât ouverte jusqu'à 6 heures du soir, car, le temps qui s'écoule entre l'heure actuelle de la fermeture (5 heures) et celle du diner, est à peu près perdue pour les étudiants. Depuis quelques années, grâce à notre insistance, les ouvrages récents et les journaux de médecine sont mis à la disposition des étudiants aussitôt après leur apparition. — *Bibliothécaire* : M. Hahn ; — *Bibliothécaires-adjoints* : MM. Corlieu et Petit ; — *Sous-Bibliothécaires* : MM. Thomas et Gouault.

En attendant la nouvelle construction de ses nouveaux bâtiments, qui marche avec une trop grande lenteur, la Faculté a utilisé les maisons expropriées, rue de l'École-de-Médecine, jusques et y compris l'ancien café de la Rotonde, et y a installé provisoirement : au rez-de-chaussée, un vaste laboratoire de chimie ; au 1er étage, des salles d'examen, ce qui rend libre le musée Orfila.

Avis aux MM. les Étudiants. — Le *Doyen* reçoit MM. les Étudiants dans son cabinet au 1er étage, le mardi à 4 heures 1/2, et le *Secrétaire* les mardis, jeudis et samedis, de midi à une heure et de 2 heures à 3 heures.

Laboratoires.

Laboratoires de la Faculté. — *Anatomie* : professeur, M. Farabeuf. — *Médecine opératoire* : professeur, M. Duplay ; préparateur, M. Cazin. — *Pathologie expérimentale et comparée* : professeur, M. Straus ; chef de laboratoire, M. Wurtz ; moniteurs, MM. Sanchez-Toledo, [illegible] et Veillon. — *Thérapeutique* : professeur, M. Hayem ; chef du laboratoire, M. Roussy ; préparateur, M. Winter. — *Pharmacologie* : professeur, M. Regnauld ; chef de laboratoire, M. Villejean ; préparateur, M. Hébert. — *Physique* : prof., M. Gariel ; préparateur, M. Weiss. — *Chimie* : prof., M. A. Gautier ; chef des travaux de chimie biologique, M. Fauconnier ; préparateurs, MM. Drouin et Alard. — *Médecine légale pratique* : prof., M. Brouardel ; chef des travaux, M. Descoust ; chef des travaux chimiques, M. Ogier ; chef des travaux anatomo-pathologiques, M. Vibert ; préparateur, M. Paul Loye. — *Botanique* : professeur, M. Baillon ; préparateur, M. Mussat. — *Tératologie* : directeur, M. Dareste. — *Pathologie générale* : professeur, M. Bouchard ; chef de laboratoire, M. Charrin ; préparateur, M. Roger.

D'une façon générale, ces laboratoires, à cause de l'exiguïté des emplacements et de la parcimonie des distributeurs du budget, ne peuvent rendre les services qu'on aurait le droit d'attendre de semblables institutions. On est obligé d'en restreindre l'usage aux professeurs et aux étudiants qui font des recherches dans un but déterminé, par exemple pour leurs thèses ; ils ne sont admis qu'avec le consentement du professeur ou directeur du laboratoire. On n'exige d'eux aucune rétribution ; les préparateurs les aident de leurs conseils ; les appareils sont mis à leur disposition, mais ils sont obligés généralement de payer les animaux et les objets dont ils ont besoin, toujours en raison de l'insuffisance des ressources [illegible] des laboratoires. — Il y a encore le laboratoire de chimie de la Faculté où les élèves sont admis gratuitement, mais ils doivent payer les dépenses nécessitées par leurs études.

Laboratoires des Cliniques. *L. de l'Hôtel-Dieu*. — Il [illegible] aux cliniques médicale et chirurgicale de la Faculté, a été ouvert le [illegible] janvier 1878. Les élèves y sont exercés à l'étude pratique de l'anatomie pathologique, de la physiologie pathologique et de la [illegible] sous la direction de MM. [illegible], chef [illegible], H. [illegible], chef adjoint des travaux chimiques [illegible]. MM. [illegible] d'Albert et [illegible]. Ce laboratoire, [illegible] par les professeurs [illegible] Richet, paraît ne rien laisser à désirer, au point de vue de l'installation, grâce au concours [illegible] de l'Administration [illegible]. — Chef de clinique médicale, M. [illegible]. — Chef de clinique chirurgicale, M. [illegible].

Laboratoire de la clinique [illegible]. — [illegible] M. [illegible], Chef du laboratoire : M. [illegible] ; [illegible] M. [illegible].

Laboratoire de [illegible] : Chef de clinique : M. [illegible] ; chef du laboratoire, M. [illegible]. — *Laboratoire de clinique médicale* [illegible] : Chef de clinique, M. [illegible] ; [illegible] ratoire, MM. [illegible] et [illegible].

Laboratoire de clinique médicale de la Charité. — Chef de laboratoire : M. [illegible] ; chef des travaux chimiques, M. [illegible] ; [illegible] M. [illegible] ; chef de clinique, M. [illegible]. — *Laboratoire de clinique* [illegible] : Chef de laboratoire, M. [illegible] ; M. [illegible] ; chef de clinique, M. [illegible].

Laboratoire de clinique médicale de Necker. — *Chef des travaux d'anat. path.*, M. Pi [illegible] ; Chef des travaux chimiques, M. [illegible] ; Chef de clinique, M. Martinet. — *Laboratoire de clinique chirurgicale* : Chef de laboratoire M. de Gennes. — Chef de clinique, M. Baudoin.

Laboratoire de clinique des maladies nerveuses de la Salpêtrière. — Prof. : M. Charcot. — Chef de clinique : M. Gilles de la Tourette ; adjoint, M. Babinski. — Chef du labor. : M. P. Richer. — Chef des travaux anatomiques : M. Marie. — *Ophthalmologie* : M. Parinaud. — *Electrothérapie*, M. Vigouroux. — *Travaux chimiques et photographie* : M. Londe. — *Moulages* : M. Hurel.

Laboratoire de clinique des maladies des enfants : Chef du laboratoire, M. Gr[illegible]. — Préparateurs, MM. Lhomme et Chaillard. — Chef de clinique, M. Deschamps. — Chef de clinique-adjoint, M. Martin de Gimard.

Laboratoire de clinique ophthalmologique. — Chef-adjoint de laboratoire, M. Vassaux. — Chef de clinique, M. Valude.

Laboratoire de clinique des maladies mentales. — Chef de laboratoire, M. Ballet ; aide, M. Lefèvre. — Chef de clinique, M. Rouillard.

Laboratoire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — Chef de laboratoire, M. Darier ; Chef adjoint de laboratoire, M. Pitchet ; chef de clinique, M. Feulard.

Avis divers.

1° *Versement des droits afférents aux études médicales*. — Les étudiants ou leurs familles ont la faculté d'effectuer le versement des droits afférents aux études médicales à la caisse du receveur des droits universitaires (55, rue Saint-Jacques, à Paris) ou dans les départements, aux caisses des trésoriers généraux et des receveurs des finances. Ce versement a lieu sur la production d'un bulletin de versement délivré par le secrétaire de la Faculté (art. 1 et 4 du décret du 25 juillet 1882). Dans le cas où le versement se fait en province, il en est délivré un récépissé à talon qui doit être adressé immédiatement au secrétaire de la Faculté.

2° *Bulletins de versement pour inscriptions et consignations. Jours et heures auxquels ils sont délivrés*. — Les bulletins de versement des droits de travaux pratiques et de bibliothèque correspondants aux inscriptions trimestrielles sont délivrés aux dates et jours indiqués par des affiches spéciales. Les bulletins de versement des droits de consignation pour les examens sont délivrés les lundi et mardi de chaque semaine, de midi à trois heures. Les limites des consignations pour les examens sont portées à la connaissance de MM. les étudiants, par voie d'affiche spéciale, au commencement du deuxième trimestre de l'année scolaire. En ce qui concerne le premier examen de doctorat et les examens de fin d'année officiat, les dates et jours de consignation sont indiqués par les affiches relatives au quatrième trimestre de l'année scolaire.

3° *Annulation des bulletins de versement*. — Sont annulés les bulletins de versement dont le montant n'a pas été versé dix jours après la date où ils portent. Un délai de huit jours est accordé pour les versements à faire en province. Dans ce dernier cas, déclaration expresse doit être faite au registre au moment où l'étudiant s'inscrit. Les bulletins de versement annulés ne sont renouvelés que sur demande écrite et après autorisation du doyen.

4° *Remboursement des consignations pour examens*. — *Mode de la restitution des droits consignés*. — Le remboursement des consignations intégral ou partiel a lieu à la caisse du receveur des droits universitaires, et aux caisses des trésoriers généraux et des receveurs des finances sur la production, par l'ayant droit : 1° De la quittance à souche ou du récépissé à talon justificatif du versement ; 2° d'un ordre de remboursement délivré par le secrétaire de la Faculté [illegible] les motifs de la restitution des droits consignés (art. 8 du décret du [illegible] juillet [illegible] et circulaire du ministre des finances en date du [illegible]). Les ordres de remboursement sont délivrés tous les jours, du [illegible] de midi à 3 heures. Le remboursement des consignations est partiel ou intégral. Il est partiel dans le cas d'ajournement ou d'absence à un examen ; il est intégral dans [illegible] diverses circonstances : renonciation aux études, maladie, etc. Les absences aux examens pour cause de maladie peuvent être excusées sur [illegible] délivré par un professeur ou agrégé de la Faculté, ou [illegible] des hôpitaux. Le certificat médical [illegible] avant les examens, soit dans les [illegible]. Les absences aux examens pour tout autre motif sont appréciées par le doyen, par la commission scolaire, ou par les jurys des examens.

5° *Mise en séries des candidats aux examens*. — Les candidats [illegible] pour subir leurs examens sont placés en série d'après l'ordre de leur inscription à la Faculté. Dans le cas de consignation [illegible] hors d'un examen [illegible], l'étudiant n'est appelé à subir cet examen [illegible] et consignée sur le [illegible] ouvert à cet effet au secrétariat de la Faculté. La mise en séries des candidats aux examens a lieu [illegible] jours au [illegible] semaines au plus [illegible] de [illegible] inscription [illegible].

moins que le nombre des candidats ne soit trop considérable. Ce laps de temps est indispensable pour rédiger la feuille des actes, soumettre cette feuille à la commission scolaire, la faire tirer, et enfin, pour expédier les convocations.

6° *Thèses de doctorat. — Mise en séries.* — MM. les élèves qui désirent soutenir leur thèse sont priés d'accomplir au préalable les formalités suivantes :

1° Dépôt, au Secrétariat de la Faculté, du manuscrit de la thèse, revêtu de la signature du président choisi par le candidat. Ce dépot a pour but : a) De s'assurer si toutes les formalités ont été accomplies dans la rédaction de la thèse; b) de soumettre le manuscrit au visa de M. le recteur, qui donne le permis d'imprimer. (Cette dernière formalité a lieu dans les 24 heures)

2° Remise, au Secrétariat de la Faculté, de l'engagement de l'imprimeur chargé de l'impression de la thèse. Cet engagement doit contenir : a) Le nom du candidat de la these; b) la date à laquelle l'imprimeur s'engage à livrer les exemplaires imprimés. — Le candidat complètera cet engagement par une note signée par lui et renfermant : a) Le nom du président de la thèse; b) l'indication du sujet de la thèse; c) le numéro de la quittance à souche constatant le versement du droit de consignation. — L'engagement de l'imprimeur doit être remis au plus tard le vendredi qui suit la consignation. La mise en séries a lieu dans les 15 jours ou trois semaines qui suivent, mais toujours 5 jours au moins après la date à laquelle l'imprimeur s'engage à livrer les 168 exemplaires imprimés.

3° Avant le tirage définitif de la thèse, envoi, au secrétaire de la Faculté, du premier feuillet imprimé, destiné à recevoir, au recto, le titre de la thèse, les nom, prénoms, date et lieu de naissance du candidat, et, au verso, la liste des professeurs agregés en exercice. — Ce feuillet serait immédiatement renvoyé à l'imprimeur, s'il y avait lieu de le compléter ou de le modifier.

4° Quatre jours avant la soutenance, dépôt de 168 exemplaires de la thèse, à la Faculte, de 2 heures à 4 heures de l'après-midi. MM les candidats qui n'auraient pas rempli les conditions énoncées dans les art. 1 et 2 ne seront point placés au tableau des actes. Ceux qui, après avoir été placés au tableau des actes, ne rempliraient pas les conditions énoncées aux art. 3 et 4, seront considérés comme absents sans excuse, et perdront par suite la somme de 100 francs, montant des droits d'examen.

7° *Consignations pour examens de sage-femme.* —En consignant, les aspirantes au diplôme de sage-femme de 1re classe sont tenues de produire les pièces ci-après :

I. Elèves de la Clinique d'accouchements de la Faculté : 1° certificat d'assiduité aux cours; 2° certificat de stage à la Clinique.

II. Elèves des Maternités et Ecoles d'accouchements : 1° acte de naissance; 2° acte de mariage, s'il y a lieu ; 3° consentement du mari, du père ou tuteur, selon le cas; 4° certificat de bonnes vie et mœurs ; 5° certificat de reception à l'examen primaire établi par l'arrête du 1er août 1879; 6° certificat d'assiduité aux cours ; 7° certificat de stage à la Maternité.

III. Sages-femmes possédant un diplôme de 2e classe : Aux pièces énumérées à l'art. II ci-dessus, elles devront ajouter le certificat d'aptitude de 2e classe.

8° *Cartes d'étudiant ; Cartes d'admission aux conférences de médecine légale et à la clinique d'accouchements.* — 1° Les Cartes d'étudiant sont délivrées gratuitement au Secrétariat de la Faculté, au commencement de l'année scolaire, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et les consignations, en échange de la carte afférente à l'année précédente; 2° Les cartes d'etudiant bénévole sont délivrées tous les jours, de midi à 3 heures, sur la production de pièces (diplômes, passeports, etc.) destinées à établir l'identité du demandeur; 3° Les cartes d'admission aux conférences de médecine légale sont délivrées aux jours et heures et dans les conditions indiquées aux affiches spéciales; 4° Les cartes d'admission à la clinique d'accouchements sont délivrées, de midi à 3 heures, aux étudiants justifiant, au moins, de la 13e inscription. (En cas de perte de ces cartes, le titulaire en fait la déclaration écrite au Doyen ou au Secrétaire de la Faculté, pour obtenir un duplicata, s'il y a lieu).

9° *Domicile de l'étudiant et de sa famille.*— L'étudiant est tenu de déclarer, en s'inscrivant à la Faculté, sa résidence, celle de sa famille ou de son tuteur, et, s'il survient un changement dans le domicile de l'un ou de l'autre, de faire une nouvelle déclaration. Toute fausse déclaration peut etre puni de la perte d'une ou de plusieurs inscriptions; — si l'étudiant a toutes ses inscriptions, il pourra être ajourné pour les épreuves qui lui restent à subir, pour un temps qui ne peut excéder une année. Cette peine est prononcée, sans recours, par la Faculté.

Ouvertures des Cours du semestre d'Hiver.

Clinique médicale. — M. le Pr JACCOUD reprendra son cours de clinique médicale, le samedi 10 nov. 1888, à 9 h. 1/2 du matin, hôpital de la Pitié, et le continuera les mardis et samedis suivants à la meme heure. Visite tous les jours, à 9 heures.

Conférences d'histoire naturelle médicale. — M. Raphael BLANCHARD, agrégé, commencera ces conférences le lundi 12 novembre 1888, à 2 heures (Grand Amphithéâtre), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la meme heure.

Conférences de pathologie générale. — M. BALLET, agrégé, commencera les conférences de pathologie générale le samedi 10 novembre 1888, à 4 heures (salle Laennec) et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, a la même heure.

Cours d'anatomie pathologique. — M. le Pr CORNIL commencera le cours d'anatomie pathologique le lundi 12 novembre 1888, à 5 heures de l'après-midi à la Faculte (Grand Amphitheatre, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure (à la Faculté), les mercredis à l'Ecole pratique, à 1 heure et demie, dans la salle des travaux pratiques d'anatomie pathologique (15, rue de l'Ecole-de-Medecine, au 2e étage). M. le Pr Cornil fait des autopsies tous les jours (Amphithéatre Bichat, à l'Hôtel-Dieu). — Consulter a ce sujet l'affiche concernant la clinique médicale de l'Hotel-Dieu.

Cours de clinique médicale. — M. le Pr PETER commencera son cours de clinique medicale, à l'hôpital Necker, le vendredi 9 novembre 1888, à 9 heures et demie, à l'Amphithéâtre de médecine de cet hopital, et le continuera les mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Cours d'histologie. — M. le Pr MATHIAS-DUVAL commencera le cours d'histologie le jeudi 8 novembre 1888, à 5 heures (Grand Amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure. — Objet du cours : *Les tissus conjonctif, cartilagineux et osseux; les éléments de la génération; le système nerveux.*

Cours de pathologie interne. — M. le Pr DIEULAFOY commencera le cours de pathologie interne le mardi 13 novembre 1888, à 3 heures (Grand Amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Cours de physique médicale. — M. le Pr GARIEL commencera le cours de physique médicale le lundi 12 novembre 1888, à midi (Petit Amphitheatre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. — Objet du cours : *Phénomènes généraux et applications biologiques de l'électricité et de l'optique*

Cours d'anatomie.— M. le Pr FARABEUF commencera le cours d'anatomie le vendredi 9 novembre 1888, à 4 heures (Grand Amphithéâtre), et le continuera les lundis, mercrecredis et vendredis suivants, à la même heure

Cours de chimie médicale. — M. le Pr GAUTIER commencera le cours de chimie medicale, le samedi 10 novembre 1888, à 4 h. (Grand Amphithéatre) et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. M. Gautier traitera de la chimie organique generale. Une affiche ultérieure indiquera la date à laquelle commenceront les leçons de chimie biologique.

A maintes reprises le *Progrès médical* a manifesté les regrets que tout le monde éprouve à voir les travaux de la Faculté de médecine de Paris et de l'Ecole pratique, conduits avec une lenteur des plus préjudiciables aux intérêts de l'enseignement de la médecine à Paris ; il est indispensable que le Ministre de l'Instruction publique et le Conseil municipal interviennent énergiquement pour mettre l'architecte en demeure de tout terminer pour l'Exposition universelle de 1889, ou de confier les travaux à un architecte plus actif et plus soucieux de la réputation de notre pays.

HOPITAUX

L'ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE est située Avenue Victoria, n° 3 et quai de Gesvres, n° 4. – Directeur, M. PEYRON. — Secrétaire général, M. DEROUIN. — Chef du bureau du personnel et du service de santé, M. GROT.

HÔTEL-DIEU, Parvis Notre-Dame : 559 lits. — *Médecins* : M. G. SEE. Salles Saint-Christophe (H.), Sainte-Jeanne (F.). Visite à 9 h. 1/2 ; consultations le mardi. — M. EMPIS. Visite à 7 h. 1/2, salles St-Charles (H.) et Ste-Madeleine (F.) ; consultations le lundi. — M. BUCQUOY. Visite à 8 h. 1/2. Salles Saint-Augustin (H.) et Sainte-Monique (F.) ; consultations le vendredi. Tous les jours, examen au lit des malades. — M. DUMONTPALLIER. Visite à 8 h. 1/2. Salles St-Louis (H.) et Ste-Marie (F.) ; consultations le mercredi. Maladies des femmes (spéculum) et consultations les lundis et vendredis. Leçons cliniques, à l'Amphitheâtre de gynécologie, le samedi de chaque semaine à 9 h. 1/2.— M. MESNET. Visite à 9 heures. Salles St-Denis (H.) et Sainte-Martine (F.) ; consultations le jeudi. — M. PROUST. Visite à 9 heures. Salles St-Thomas (H.) et Ste-Anne (F.) ; consultations le samedi. — *Chirurgiens* : M. RICHET. Consultation les lundis, mercredis et vendredis. Salles St-Jean (H.), St-Landry (H.) et Notre-Dame (F.). — M. TILLAUX. Visite à 8 heures 1/2 ; consultations les mardis, jeudis et samedis. Salles Sainte-Marthe (F.) et Saint-

Côme (H.). Leçons et opérations le lundi et le mercredi. Examen clinique au lit du malade le vendredi.— M. Panas. Visite à 9 heures Salles St-Julien (H.) et Ste-Agnès (F.) (Maladies des yeux). Consultations tous les jours. — *Cliniques de la Faculté* : MM. G. Sée, Richet et Panas, professeurs. M. G. Sée les lundis, mercredis et vendredis. Lundi, clinique sur la thérapeutique, vendredi, clinique sur le diagnostic. M. Richet les mardis, jeudis et samedis. — Chef de clinique chirurgicale, M. Rochard. Chef de clinique médicale, M. Durand-Fardel. Chef des laboratoires, M. Gley. Chef des travaux chimiques, M. Hardy. — Il existe à l'Hôtel-Dieu un laboratoire d'histologie, un laboratoire de chimie et de physiologie. Un local considérable a été attribué à ces laboratoires, qui sont installés d'une manière satisfaisante. Il y a, de plus, à l'Hôtel-Dieu, cinq grands amphithéâtres et cinq salles de conférences, où les chefs de services et les fonctionnaires des laboratoires peuvent faire des leçons théoriques et pratiques, qui seront annoncées par des affiches spéciales.— Clinique des maladies des yeux, M. Panas, Chef de clinique ophthalmologique, M. Valude. Chef adjoint, M. Kalt. Les élèves sont exercés au maniement de l'ophthalmoscope. Leçons cliniques les lundis et vendredis. Examen ophthalmologique tous les mercredis. Un cabinet de physique, annexé à ce service, permet d'initier les élèves aux difficultés de la réfraction.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Cette bibliothèque, fondée depuis 7 ans, est très belle et compte aujourd'hui plus de 1500 volumes reliés; une somme de 2.000 fr. lui a été attribuée par le Conseil municipal, en 1877 ; elle reçoit 500 fr. chaque année depuis 1878. Les internes paient une cotisation mensuelle pour subvenir aux dépenses urgentes.

Clinique d'accouchements et de gynécologie, rue d'Assas, 89 : 130 lits dont 12 de gynécologie) et 56 berceaux. *Accouchements* : M. Tarnier ; Chef de clinique, M. Bonnaire ; chef de clinique adjoint, M. Boissard.—Leçons : mardi, jeudi et samedi. Les étudinats peuvent entrer munis d'une carte spéciale qui leur est délivrée par le professeur ou la Faculté. Actuellement, les docteurs français et étrangers et les elèves désireux de s'inscrire pour suivre assidûment le service sont certains d'en obtenir l'autorisation à condition de satisfaire à certaines mesures de contrôle. Ce contrôle, indispensable à la surveillance et à la sécurité hygiénique de l'établissement, consiste dans le port de la carte déjà mentionnée, et l'inscription au bureau de la clinique. Ces conditions remplies, les élèves du service de la Faculté examinent, à tour de rôle, les femmes enceintes, en travail ou récemment accouchées sous la direction du professeur ou du chef de clinique. Ils sont organisés en séries pour la pratique des accouchements. L'entrée de l'hôpital est accordée à tous dans le cas d'intervention opératoire. Le jeudi, consultation de gynécologie les élèves; assistent aux examens au spéculum des malades du dehors et de celles du service. La maison est en outre désignée pour le stage que les élèves sages-femmes sont obligées de faire. Elles sont envoyées par la Faculté qui leur délivre une carte.

Hôpital de la Charité, 47, rue Jacob, 516 lits. — *Enseignement clinique médicale* : M. le professeur Potain, Chef de clinique, M. Fourbert. Visite à 8 heures 1/2. Salles Bouillaud (H. et Piorry (F.) Consultations le mercredi à 9 h. 1/2. Examen au spéculum les jeudis et vendredis à 10 h. Leçons au lit du malade les lundis, mercredis et vendredis à 8 h. 1/2. Interrogatoire des malades par les élèves le jeudi à 8 h. 1/2. Leçons au grand amphithéâtre avec présentation de malades et de pièces pathologiques les mardis et samedis, à 9 h 1/2. Autopsies pratiquées devant les élèves, au grand amphithéâtre. — *Clinique chirurgicale.* Professeur, M. Trélat. Chef de clinique, M. Walther. Leçons de clinique chirurgicale et opérations les mercredis et vendredis, à 9 h. Visite des malades à 8 h. Salles Velpeau (H. et Gosselin (F.). Consultations mardi, jeudi et samedi. — *Chirurgie* : Service de M. Desprès. Salles J. L. Petit F. et Boyer (H.) Visite des malades à 9 h. Le mercredi leçon de clinique chirurgicale et opérations. Le samedi, examen à l'ophthalmoscope. Examen au spéculum le jeudi. Consultations les lundis, mercredis et vendredis. — *Médecins* : M. Blachez. Salles Beau F. N. Guéret (?) ... et Vulpian (H.). Visite à 8 1/2. Consultation le vendredi. — M. Féréol. Salles Cruveilhier (F. et Croisart (F. Visite des malades à 9 h. Consultation le mardi. — M. Laboulbène. Salles Briquet F. et Rayer (H. Visite des malades à 8 h. Consultation le lundi. — M. Desnos. Salles frère Côme (F., et Laënnec (H. Visite à 9 h. 1/2. Consultation le jeudi. — M. Luys. Salles Andral (F.) et Louis (H.). Visite à 9 heures. Leçons cliniques sur les maladies nerveuses le jeudi. Consultation le samedi. — *Accoucheur* : M. le Dr P. Budin. Salle des accouchements. Tous les matins à 8 h. 1/2. Les étudiants, pour être admis dans le service, doivent être munis de cartes délivrées à l'hôpital. Consultation pour les femmes enceintes tous les jours, à 9 h. 1/2.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Cette bibliothèque, fondée par le Dr Passant, a été transférée dans un vaste local convenablement aménagé. Elle a reçu des dons importants provenant des bibliothèques du regretté Clozel de Boyer, du professeur Bouillaud et de M. Farcy. Les internes en médecine donnent tous les journaux et thèses qu'ils reçoivent et pourvoient aux frais d'entretien en s'imposant une cotisation mensuelle. Elle reçoit 400 fr. chaque année du Conseil municipal.

Hôpital de la Pitié, 1, rue Lacépède, 715 lits. — *Médecins* : M. Jaccoud, professeur de clinique médicale de la Faculté. Chef de clinique, M. Duflocq. Salles Jenner (H.) et Laënnec (F.). Consultations les mercredis. Leçons cliniques les mardis, jeudis et samedis à 10 h. — M. Troisier. Salles Cruveilhier (F.), et Monneret (H.) Visite à 8 h. 1/2. Consultations le samedi. — M. Audhoui. Salle Trousseau (F.). et Rayer (H.). Visite à 8 h. 1/2. Consultations le jeudi. Spéculum le mercredi et le samedi. — M. Hutinel. Salle Grisolle (F.) et Rostan (H.) Visite à 9 h. Consultations le vendredi. — M. Lancereaux. Salles Piorry (H.) et Lorain (F.). Visite à 8 h 1/2. Clinique au lit du malade, vendredi et samedi. Consultation le mardi. — M. Brouardel, Salles Valleix (F.) et Serres (H.). Consultations le lundi. Visite à 8 h. 1/2. — *Chirurgiens* : M. Verneuil, professeur de clinique chirurgicale. Chef de clinique : M. Ricard. Salles Michon (H.) et Lisfranc (F.). Visite à 9 heures. Leçons cliniques lundis, mercredis, vendredis. Consultations mardis, jeudis et samedis. — M. Polaillon. Salles Gerdy (F.) et Broca (H.). Visite à 9 h. Consultations les lundis, mercredis et vendredis. — *Accoucheur* : M. Maygrier. Visites tous les matins à 8 h. 1/2 et consultations d'accouchements.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Une bibliothèque médicale a été fondée, en 1869, par les internes en médecine. Elle est entretenue par les cotisations mensuelles des internes et elle a reçu une subvention du Conseil municipal, 500 fr. en 1877, 1878 et 1879 ; 400 fr. en 1880 1881, 1882 et 1883; 500 fr. en 1884, 1885, 1886 et 1887. Elle se compose d'environ 1.200 volumes.

Ecole municipale d'infirmiers et d'infirmières. Elle est ouverte à toute personne désirant suivre les cours ; cours pratiques le jour dans les salles, cours théoriques le soir à 8 heures.

Hôpital Lariboisière, rue A. Paré : 748 lits, dont 661 pour adultes, 65 pour enfants au berceau, plus 4 lits pour malades à isoler dans le service d'accouchements. — *Médecins* : M. Duguet. Salles Bernutz (F. et Grisolle (H.). Visite à 9 h. Consultation le vendredi. — M. Siredey. Salles Aran (F.) et Lasègue (H.). Visite à 8 heures 1/2. Consultation le lundi. Consultation de gynécologie et spéculum le mercredi. — M. Bouchard. Salles Langle F. et Rabelais H.). Visite à 9 h. Consultation le mardi. Leçons cliniques en hiver.— M. C. Paul. Salles Trousseau (F.) et J. Bouley (H.). Visite à 9 h. Consultation le mercredi. — M. Gouguenheim. Salles Vincent de Paul (crèche) ; Maurice Raynaud (F.), Woillez (H. et Barth (H.). Visite à 9 heures. Consultation le samedi. — M. Gérin-Roze. Salles Louis (F.), Bazin (H.). Pavillon d'isolement, pavillon Davaine. Visite à 8 h. 1/1. Consultation le jeudi.— Les consultations pour les maladies du *larynx* et *du nez* et les examens laryngoscopiques ont lieu les mardis, jeudis et samedis de 9 h. à 11 h. Leçons cliniques par M. Gouguenheim. — *Chirurgiens* : M. Périer. Salles Gosselin (F.), Ambroise Paré (H.). Visite à 9 h. Opérations et clinique le jeudi. Consultation les lundi et jeudi. — M. P. Berger, salles Denonvilliers (F.), Chassagnac (H.). Opérations le mercredi. Visite à 8 h. 1/2. Consultation les mardis et vendredis. — M. Peyrot. Salles Woillemin (H. et Nélaton (H.). Consultation les mercredis et samedis : opérations le vendredi ou le lundi. — M. Delens. Service des maladies des yeux. Consultation et traitement des malades externes tous les jours à 9 h., sauf dimanche. Salle Demours (F.) et Daviel (H.). Visite à 9 heures. — *Service d'accouchements* : M. Pinard. Salles La Chapelle et Mauriceau (F.). Chambres d'isolement, salle Perreau. Visite tous les matins, à 9 h. Consult. tous les jours, le dimanche excepté. Les élèves, *munis de cartes*, délivrées par le chef de service, sont organisés par séries pour l'examen des femmes enceintes et des femmes en travail. Ils font des accouchements sous la direction du personnel. L'accès de l'hôpital leur est permis pendant toute la journée, lorsqu'une femme est en travail. Environ deux mille femmes par an se présentent pour accoucher et sont reparties entre les salles d'accouchement et les sages-femmes (19) agréées du service de la ville.

Bibliothèque des internes en médecine. — Installée dans une salle spéciale de travail, elle a obtenu du Conseil municipal une subvention de 2.000 fr. en 1876, de 500 fr. de 1878 à 1887. Elle compte environ 1900 v.—Laboratoire de micrographie (MM. Siredey, Duguet et Paul).

Bibliothèque des internes en pharmacie. — Ils ont reçu en 1886 et en 1887 une subvention de 300 francs pour la fondation et l'entretien d'une bibliothèque à leur usage personnel. La bibliothèque est installée dans une salle spéciale.

Hôpital Saint-Antoine, 184, faubourg Saint-Antoine : 785 lits ; 531 pour la médecine, 152 pour la chirurgie, 76 pour les maladies contagieuses, 26 berceaux.— *Chirurgie*. M. Marchand. Salles Blandin et Broca, (H.), 44 lits ; salle Cruveilhier, (F., 20 lits ; consultation les mardi, jeudi et samedi. Spéculum le lundi. Opérations le jeudi. Visite à 8 h. et demie.— Service de M. Monod. Salles Dupuytren et

Velpeau (H.), 60 lits; salle Lisfranc [illegible]. Consultations les lundi, mercredi et vendredi. Visite [illegible] pour des grandes opérations: deux lits (H.), deux lits [illegible] les deux chirurgiens; de création [illegible] est très bien compris. — *Médecine*. Service de M. le professeur Hayem: Salle Behier (H.), 20 lits, salle [illegible] 20 lits, salle [illegible] (F.), 20 lits, salle Vulpian (Crèche) 20 lits et [illegible]. Consultations le lundi. Spéculum le mercredi. Visite à 8 h. [illegible] des maladies contagieuses, 38 lits (H.), 38 lits (F.). — Service de M. [illegible] salles Bichat et Malgaigne (H.) [illegible] lits; salle Chomel (accouchements) [illegible]. Consultations le mardi. Examen au spéculum le vendredi. Visite à 9 heures. — Service de M. Tapret. Salle [illegible]; pavillon Lorain (F.), 30 lits. Examen au [illegible] au laryngoscope le lundi. Visite à 9 heures. — Service de M. Straus. Salle Marjolin (H.), 38 lits; salle [illegible] (F.), 20 lits, salle Corvisart (F.), 20 lits. [illegible]. Visite à 8 h. 1/2. — Service de M. [illegible]. Salle Axenfeld (H.), 35 lits; salle Nélaton (F.), 20 lits; salle [illegible] 2 lits. Consultations le samedi. Visite à 9 h. — Service de M. [illegible]-Martin. Salles Louis et Andral (H.), 76 lits; salle [illegible] (F.), 34 lits. Consultations le vendredi. [illegible] le samedi. Visite à 8 h. et demie. — Service de M. [illegible], salle [illegible], [illegible] lits, salle Rostan (F.), 24 lits. Consultation le jeudi. [illegible] spéculum le jeudi. Visite à 9 h. et demie. — Service de M. Hayem [illegible]. Salle Magendie (H.), 37 lits; salle [illegible] (F.), 24 lits; salle [illegible] (accouchement) 4 lits et 4 berceaux. Consultations le mercredi. Spéculum le mercredi. Visite à 8 heures [illegible]. Le service des maladies contagieuses (rougeole, scarlatine, erysipèle, [illegible]) est confié successivement pendant 3 mois à chacun des chefs de service de médecine. Il y a une Bibliothèque pour les internes.

Hôpital Tenon, rue de la Chine, [illegible]. — *Médecins*: M. [illegible]. Visite à 9 heures. Salles Andral (H.), [illegible] et Cl. Bernard (F.). Consultation le jeudi. — M. Landouzy. Visite à 9 heures. Salles Lelong (H.), Bouillaud (F.) et [illegible]. Consultation le mardi. — M. Dreyfus-Brisac. Visite à 9 h. Salles Bichat (H.), Magendie (F.) et Laënnec (F.). Consultation le lundi. — M. [illegible]. Visite à 9 heures. Salles Axenfeld (H.), Colin (F.) et Tenon (H.). Consultation le vendredi. — M. Cuffer. Visite à 9 heures. Salles [illegible] (H.), Couverchel (F.) et Tenon (H.). Consultation le mercredi. — M. Moizard. Visite à 9 heures. Salle Gérando (H.) Rayer (F.). Consultation le samedi. — M. Letulle. Salles Parrot et Lorain (H.), et Maurice Raynaud (F.). Consultation le samedi. — M. [illegible]: Salles Pidoux et Trousseau (H.) et Cruveilhier (F.). — *Chirurgiens*: M. [illegible]. Visite à 9 heures. Salles Velpeau, Nélaton et Lisfranc (H.), Richard Wallace (F.), Boyer (F.) et Boyer (Crèche). Consultation les mardis, jeudis et samedis. Opérations tous les jours. — M. [illegible]. Visite à 9 h. Salles Dupuytren, Montyon, Seymour (H.), Delessert (F.) et Ambroise Paré (F.) et A. Paré (crèche). Consultation les lundis, mercredis et vendredis. Opérations tous les jours. — *Accoucheur*: M. Bar. Visite à 9 h. Consultation pour les femmes enceintes, les lundi et jeudi à 10 h.

Les médecins et les chirurgiens reçoivent une indemnité fixée exceptionnellement à 3,000 fr., en raison de la distance à laquelle est située cet établissement. — Les *internes* sont logés et touchent l'indemnité réglementaire de 600 fr. pour la 1re année, de 700 fr. pour la 2e, de [illegible] fr. pour la 3e et de 1,000 fr. pour la 4e. Ils reçoivent, en outre, une indemnité mensuelle de 25 fr. Dès l'ouverture de l'hôpital (novembre 1878) il a été fondé par les internes une *Bibliothèque* [illegible] de médecine. Un don de 2,000 fr. du Conseil municipal, puis une subvention de [illegible] fr. votée chaque année [illegible] cette bibliothèque [illegible] volumes. Les *externes* touchent 50 fr. par mois au lieu de [illegible] comme dans les autres hôpitaux excentriques. Bibliothèque.

Hôpital Necker, rue de Sèvres, 151: 454 lits. — *Médecins*: M. le professeur Peter, Chef de clinique, M. Martinet. Salles Laënnec (H.), Trousseau (F.), 24 lits de crèche. Clinique médicale à 9 h. Consultations le jeudi. Spéculum le samedi. *Laboratoires* du service de clinique médicale: Chef des travaux anatomiques, M. [illegible]; chef des travaux chimiques, M. [illegible]. — M. Rigal: Salles Bouilly (H.), Lasègue (F.), 6 lits de crèche (F.). Consultations le mardi. Spéculum le lundi et le jeudi. — M. [illegible]: Salles [illegible] (H.), [illegible] (F.), 6 lits de crèche. Consultations le lundi. Spéculum le [illegible]. — M. [illegible]: Salles Vernois (H.), [illegible] (F.). Consultations le mercredi. Spéculum le vendredi. — La consultation [illegible] de rôle, les vendredis, par MM. Rigal ou [illegible], les samedis par MM. Peter ou [illegible]. — *Chirurgiens*. *Clinique chirurgicale*: M. le professeur Le Fort. Chef de clinique, M. Berger. Salles Malgaigne (H.) et Lenoir (F.). Consultations les lundis, mercredis et vendredis. *Laboratoire de clinique chirurgicale*: Chef du laboratoire, M. [illegible]. — M. Guyon: Salles Velpeau (H.) et Laugier (F.). Consultations les mardis, jeudis et samedis. Salle Civiale: *Consultation* [illegible] pour les maladies des voies urinaires. Leçon clinique et opérations le mercredi à [illegible] h.; leçon au lit du malade et opérations le samedi à [illegible] heures. Le Musée Civiale, nouvellement installé près du service des laboratoires, est ouvert tous les jours pendant l'heure de [illegible]. Outre une nombreuse collection de calculs vésicaux, il renferme encore un grand nombre de pièces intéressantes sur les diverses affections de la vessie, de la prostate et de l'urèthre.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Fondée en 1878. Cette fondation est due à l'initiative des internes de cette année. A la fin de 1878, elle comptait 50 volumes environ provenant de dons (chefs de service de Necker, M. [illegible]) et du montant des souscriptions des internes (2 fr. par mois). Grâce à la subvention votée par le Conseil municipal, la bibliothèque s'est enrichie en 1879: 1° de la collection des Bulletins de la Société anatomique; 2° de la *Revue des Sciences médicales* en 1880, des Archives de médecine; en 1881, des Archives de physiologie; en [illegible], des *Bulletins de l'Académie de médecine* et de la *Société de chirurgie* en 1886 du *Dict. Dech.* Elle compte aujourd'hui plus de 900 volumes. Elle a été encore augmentée de 1883 à 1887, grâce à une subvention de 500 francs accordée par le Conseil municipal.

Hôpital Beaujon, faubourg Saint-Honoré, 208: 464 lits. — *Médecins*: M. Millard. Salles Barth (H.) et [illegible] (F.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation tous les vendredis et les lundis, un sur deux. — M. Guyot. Salles Béhier (F.) et Sandras (H.). Visite à 8 h. Consultations tous les mardis et samedis, un sur deux. — M. Gombault. Salles Louis (H.) et Vulpian (F.). Visite à 8 h. 1/2. Consultations tous les jeudis et les lundis, un sur deux. — M. Fernet. Salles Monneret (H.) et Axenfeld (F.). Consultations tous les mercredis et samedis, un sur deux. Visite à 8 h. 1/2. — *Chirurgiens*: M. Léon Labbé. Salles Blandin (H.), Marjolin (H.) et Laugier (F.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation les lundis et jeudis. Opérations le mardi. — M. Duplay. Salles Gosselin (H.), Robert (H.) et Huguier (F.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation les mardis et vendredis. Spéculum jeudi et samedi. Opérations le mercredi. — M. B. Anger. Salles Malgaigne (H.), Ambroise Paré (H.) et Jarjavay (F.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation les mercredis et samedis. — *Accoucheur*: M. Ribemont-Dessaignes. Salle Paul Dubois. Visite à 9 h. 1/2. Consultations tous les jours à 10 heures.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Elle est placée dans un local attenant aux chambres des internes; elle ne contenait guère que 500 volumes: elle 1878, en renferme maintenant plus de 2,000, grâce au legs Gubler et Marjolin, à une subvention de 500 fr. accordée chaque année par le Conseil municipal et aux cotisations mensuelles des internes.

Hôpital Cochin, 47, faubourg Saint-Jacques: 313 lits d'adultes et 43 berceaux, plus 60 lits qui servent à un service provisoire. — *Médecins*: M. X. Gouraud. Salles Bichat (H.), Lasègue (H.), et Trousseau (F.). Visite à 9 h. 1/2 du matin. Interrogatoire des élèves au lit du malade. — M. X. Gouraud fait chaque année des leçons cliniques au lit du malade. Spéculum le samedi. Consultations les lundi, mercredi et vendredi. — M. Dujardin-Beaumetz. Salles Chauffard, Woillez, Beau (H.), Briquet et Blache (F.). Salles d'accouchées malades. Visite à 9 h. 1/2. Spéculum le jeudi. Consultation les mardi, jeudi et samedi. *Leçons de clinique thérapeutique*, de séméiologie, de physique et chimie médicales les lundi, mercredi, vendredi. Un laboratoire de thérapeutique et de bactériologie parfaitement aménagé et un amphithéâtre de cours particulier sont annexés au service. — *Chirurgien*: M. Th. Anger. Salles Boyer (H.) et Cochin (F.). Il existe de plus un service de baraques comprenant 60 lits d'hommes (salles Nélaton [illegible] et Chassaignac [illegible]). Visite à 8 h. 1/2. Leçons cliniques à l'amphithéâtre. Il y a tous les jours, à l'hôpital Cochin, une consultation nombreuse en médecine et en chirurgie. — *Accoucheurs*: MM. [illegible], pavillon Velpeau. Le pavillon d'accouchements est une annexe de la Maternité. Le chirurgien est professeur adjoint de la Maternité. Ce service est interdit aux étudiants en médecine. Cependant, avec une permission spéciale du chef de service, quelques élèves peuvent assister à la visite qui a lieu tous les matins, à 8 h. 1/2. Il se fait en moyenne à la Maternité de Cochin 6 à 7 accouchements par mois.

La *Bibliothèque des Internes en médecine* a reçu du Conseil municipal un don de 1,000 fr. en 1877, de 500 fr. en 1878 et de 400 fr. de 1879 à 1887. En 1888, 400 fr. lui ont été donnés de nouveau. Cette bibliothèque compte plus de [illegible] volumes.

A la [illegible], un pharmacien en chef M. Lafont, et 3 internes en pharmacie ont été ajoutés au personnel médical. Une somme de [illegible] fr. a été allouée aux élèves en pharmacie pour leur *bibliothèque* en 1886 et 1887. En 1888, 500 fr. ont été de nouveau accordés. Elle compte déjà plus de 100 volumes.

Hôpital Andral, 35, rue des Tournelles: 100 lits. — *Médecin*: M. Debove. Consultations les lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures.

Hôpital Broussais, 96, rue Didot. — Il compte aujourd'hui 14[illegible] lits [illegible] pour les maladies chroniques, 56 lits de médecine pour les maladies aiguës, et [illegible] lits de chirurgie. Le service est fait par des médecins du Bureau central: deux médecins, assistés chacun d'un

interne provisoire, et un chirurgien assisté de deux internes provisoires. Les salles de médecine sont : Hommes, salles Lasègue, Parrot, Delpech, Hillairet ; Femmes, salles Cazalis, Gubler, Axenfeld, Archambault. Les salles de chirurgie sont : Salles Follin (H. et Broca (H.). Il n'y a pas encore de service de consultation, la spécialité de l'établissement, Hôpital d'attente pour les épidémies, ne comportant pas d'admissions directes.

Hôpital Bichat, boulevard Ney : 181 lits. — *Médecins :* M. Huchard. Salles Bazin (H.) et Louis (F.). Visite tous les jours à 9 h. Consultations mardi et vendredi. Le vendredi, consultation spéciale pour les maladies du cœur. — M. Gaillard-Lacombe. Salles Andral (H.) et Récamier (F.). Consultation lundi et mercredi. — *Chirurgien :* M. Terrier. Salles Jarjavay (H.) et Chassaignac (F.). Consultations les mardi, jeudi et samedi à 10 h. Le jeudi, consultation spéciale pour les maladies des yeux, des oreilles et du nez à 10 h. 1/2. Opérations (chirurgie générale et gynécologique) tous les jours à 9 h., *avant la visite.* Le mardi, à 8 h. 1/4, grandes opérations (chirurgie abdominale). Le jeudi, à 9 h., opérations sur les yeux. Lundi et vendredi, à 8 h. 1/2, consultation gynécologique spéciale à la salle Chassaignac. — Vaccinations (vaccin de génisse), le lundi à 8 h. du matin.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Cette bibliothèque, alimentée par une subvention annuelle du Conseil municipal de 400 fr. et par les cotisations mensuelles (2 fr.) des Internes, contient environ 200 volumes. C'est à peine si l'on y trouve les livres classiques et quelques ouvrages spéciaux de gynécologie. — *Laboratoires :* Un laboratoire d'histologie, assez bien aménagé, est réservé aux internes en médecine. Un laboratoire de recherches thérapeutiques, ouvert aux élèves, est annexé au service de M. Huchard.

Hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres. Nombre de lits : 628, dont 20 pour les enfants, crèche.—*Médecins :* M. Ball. Salles Béhier, Larochefoucauld et Becquerel (H.), Broca, Piorry (F.). Consultation, lundi et vendredi. —M. Damaschino. Salles Trousseau et Bayle (H.), Louis et Monneret (F.), Guersant (crèche). Consultation mardi et samedi. — M. Ferrand. Salles Beau et Cruveilhier (H.), Legroux et Quesnay (F.). Consult. mercredi et vendredi. — M. Cornil. Salles Rostan et Grisolle (H.), Chomel et Cl. Bernard (F.). Consult. jeudi et samedi. — *Chirurgien :* M. Nicaise. Salles Malgaigne (H.) et Chassaignac (F.), Boyer (H. et F.), pavillon des grandes opérations (pavillon Récamier). Consultation tous les jours. Il y a en outre 112 lits supplémentaires en cas de besoin, c'est un service temporaire (service d'hiver ordinairement). Dans chaque service il y a deux salles affectées aux maladies chroniques (H. et F.).

Des conférences cliniques ont lieu tous les jours à l'hôpital Laënnec, dans le nouvel amphithéâtre, agencé de manière à permettre des démonstrations pratiques au moyen de projections. Ces conférences seront reprises au mois de décembre dans l'ordre suivant : Lundi, M. Ball. — Mardi, M. Nicaise. — Mercredi, M. Ferrand. — Jeudi, M. Cornil. — Vendredi, M. Damaschino. — Samedi, M. Nicaise.

Des laboratoires et des musées particuliers sont annexés à chaque service (1). Le laboratoire de M. Damaschino est disposé pour des recherches d'histologie, de physiologie pathologique et de chimie, recherches de microbes, etc., etc. Un atelier de photographie est annexé à l'hôpital ; il permet de conserver la photographie des malades et des pièces anatomiques intéressantes. Un superbe établissement de bains est ouvert, tant pour le service interne que pour le service externe : on y trouve indépendamment de deux vastes salles H. et F., douches, salles de sudation, vapeur, etc., une étuve de désinfection chauffée au gaz.

Hospice de la Salpêtrière, (*Femmes*), 47, boulevard de l'Hôpital : 3,145 lits pour les *vieillards* et 720 pour les *aliénées.* — *Médecins :* MM. Charcot et Joffroy. — *Chirurgien :* M. Terrillon. Visite et examens des malades à 9 heures. Opérations le samedi. — *Médecins aliénistes :* MM. J. Falret, A. Voisin et J. Voisin. — *Médecin résident :* Dr Séglas. — *Clinique des maladies du système nerveux :* M. Charcot, les mardis et vendredis à 9 h. 1/2 ; chef de clinique, M. Gilles de la Tourette ; chef du laboratoire, M. P. Richer ; prosecteur, M. Guinon ; chef du service électrothérapique, M. Vigouroux traitement les mardi, jeudi et samedi, à midi ; travaux chimiques et photographiques, M. Londe. — M. Voisin fait, durant l'hiver, un cours sur la médecine mentale et les maladies nerveuses, le dimanche à 9 h. 1/2. — M. J. Falret, clinique mentale, le dimanche à 10 h., à partir du 8 novembre. Tous les jeudis, à 9 h., examen clinique des malades. — M. Terrillon fait, durant l'été, un cours sur les affections chirurgicales de l'abdomen et des organes génitaux de la femme, le mercredi à 10 h.

Un service de *consultation externe* a été ouvert à la Salpêtrière au mois de mai 188 . Le nombre des malades qui s'y présentent chaque jour a démontré l'opportunité de cette innovation, due au Conseil municipal. Il fonctionne de la manière suivante : *Médecine.* Consultation externe. M. Charcot, le mardi, à 9 h. et demie ;—M. Joffroy le mercredi, à 9 h. et demie ; — M. J. Falret, le lundi, à 9 h. et demie ; — M. Voisin (Auguste), le vendredi, à 9 h. et demie ; — M. J. Voisin, le samedi, à 9 h. et demie. — *Chirurgie :* M. Terrillon, le jeudi, à 9 h. et demie. — La consultation de Médecine est plus spécialement réservée aux maladies nerveuses et mentales. Depuis 1882, on a ajouté à l'Infirmerie générale 42 lits pour les malades externes, hommes, et l'on a autorisé la réception de quelques malades externes femmes.

Service d'électrothérapie. — M. R. Vigouroux. Les mardi, jeudi samedi, de midi à trois heures. Ce service, subventionné par le Conseil municipal, est destiné aux malades provenant des salles et des consultations externes de la Salpêtrière des consultations des autres hôpitaux et aux malades de la ville qui se présentent directement.

Bibliothèques.— Il existe à la Salpêtrière une *Bibliothèque médicale* fondée et entretenue par les internes en médecine. Elle se compose actuellement de plus de 1800 volumes, dont 398 ont été donnés par M. Passant. Elle a reçu, en 1877, une subvention de 2,000 fr. du Conseil municipal, de 500 fr. de 1878 à 1885, de 600 en 1886 et 1887.

Les *internes en pharmacie* de cet hospice y font tous les ans des conférences gratuites en vue de la préparation au concours de l'internat en pharmacie. Ils ont fondé depuis quatre ans et entretiennent à l'aide de cotisations mensuelles et d'une subvention annuelle du Conseil municipal une *bibliothèque* qui, malgré sa récente création, compte déjà plus de 350 volumes ; ils y ont adjoint une magnifique collection de matière médicale, comprenant plus de 500 échantillons.

Hospice de Bicêtre, à Bicêtre : 1658 lits réglementaires pour les *vieillards,* population réelle 1776 ; 640 lits pour les *aliénés* et les *épileptiques ;* population réelle 944. Dans ce dernier chiffre sont compris 334 enfants épileptiques ou arriérés. Ce nombre sera porté à 400 quand les bâtiments en construction seront achevés). — Infirmerie de l'hospice. *Médecin :* M. Déjerine. — *Chirurgien:* M. Richelot. On reçoit également en chirurgie les blessés du dehors, venant surtout de la commune de Gentilly, où existent beaucoup de carriers. Nous avons insisté pour que l'Administration affectât quelques lits à l'infirmerie de médecine pour les malades du dehors ; ceci a été fait : huit lits. Les *consultations* ont lieu pour la chirurgie les lundis, mercredis, vendredis, et pour la médecine les mardis, jeudis et samedis.— *Division des aliénés :* 1re section, M. Charpentier. — 2e section, M. Deny. — 3e section, M. Féré. — 4e section, M. Bourneville. Médecin adjoint : M. Chaslin.—A Bicêtre, il n'y a pas d'élèves externes ; il n'existe que des internes et des internes provisoires. Depuis six ans, par suite de la nomination d'un nombre plus considérable d'internes provisoires, on n'a pas eu besoin de recourir aux externes, ni même à de simples étudiants en médecine, pour remplir dans cet hospice les fonctions d'interne. Neanmoins, les internes titulaires ou provisoires ne vont pas volontiers à Bicêtre ; cela tient à ce que le grand éloignement n'est nullement compensé par les avantages matériels que l'on pourrait y rencontrer. Les logements dont nous avons signalé l'insalubrité ont été agrandis, c'est là un palliatif ; mais le local de la bibliothèque devient de plus en plus indifférent. La seule chose à faire serait de construire un pavillon spécial.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Fondée en 1865, enrichie du legs Burlaud, alimentée par les cotisations des internes, et surtout par les subventions du Conseil municipal (1877-1885), elle compte aujourd'hui plus de 2,600 volumes. Cette bibliothèque, déjà fort importante, rend des services considérables aux internes, mais elle se trouve très à l'étroit dans le local où elle est placée, et le défaut d'espace nuit au bon ordre et même au bon entretien d'un certain nombre de volumes. Les internes de l'hospice ont encore un autre avantage : un sur trois des corps non réclamés reste à l'amphithéâtre et peut servir à la dissection ou à la médecine opératoire. Les internes ont aussi une indemnité de 25 fr. par mois pour frais de déplacement (1).

Hôpital des Enfants-Malades, rue de Sèvres, 149. 593 lits. — Depuis le 1er janvier 1884, la chaire de clinique des maladies des Enfants est transférée de l'hospice des Enfants-Assistés à l'hôpital des Enfants-Malades. M. le professeur Parrot a été remplacé par M. le professeur Grancher en février 1885. — M. Grancher fait des leçons cliniques le mardi dans la salle de la Policlinique et le samedi, à heures, dans l'amphithéâtre des cours, à partir du mois de novembre. — Consultations spéciales dans le service : le jeudi, maladies du système nerveux, par M. le Dr Dejerine, agrégé de la Faculté ; le vendredi, maladies de la peau, par M. le Dr Gaucher, médecin des hôpitaux, et maladies des oreilles, par M. le Hermet. Ce service est à voir à cause d'essais récents et heureux. — Une amélioration importante a été apportée en l'année 1884, dans

(1) Nous pensons toujours que l'Administration ferait bien de réunir tous ces musées particuliers, qui constituent des foyers peu hygiéniques, dans le musée spécial qui a été construit après un vote du Conseil municipal, dans le nouveau service des morts.

(1) Il est à remarquer que les externes des hôpitaux excentriques touchent comme indemnité de déplacement 30 fr. et même 40 fr., comme à Tenon. Ne serait-il pas juste qu'il y eut des indemnités égales pour des distances égales ?

la répartition des services de médecine. Jusque-là, quelques médecins avaient des salles exclusivement consacrées au traitement des maladies aiguës; d'autres, moins bien partagés, n'avaient que des salles de chroniques. La translation de la chaire de clinique à l'hôpital des Enfants a amené une nouvelle distribution des services. Chaque médecin (ils sont au nombre de cinq, y compris le professeur de clinique) a un service d'aigus, un service de chroniques. Chacun d'eux fait dans la semaine une leçon clinique à l'amphithéâtre. M. Labric seul ne fait pas de leçons publiques. — *Médecins* : M. Grancher, professeur. Chef de clinique, M. Deschamps. Chef de clinique adjoint, M. Martin de Gimard. Consultation le lundi. Consultation supplémentaire le vendredi à 10 heures à la salle Bouchut, pour les maladies de la peau. Leçons à 10 heures, le mardi et le samedi. Visite à 8 h. 1/2. Salles Bouchut (G. aigus), Petit (F. aiguës), Husson (F. chroniques). Le laboratoire dépendant de la chaire de clinique des maladies des Enfants est installé au 2e étage du bâtiment de l'horloge. — M. Labric. Consultation le vendredi. Visite à 8 h. 1/2. Salles Blache (G. aigus), Archambault (G. teigneux). Les teigneux sont examinés le mardi de chaque semaine dans la salle Archambault. — M. J. Simon. Consultation le Samedi (conférences cliniques). Visite à 8 h. 1/2. Leçons cliniques à l'amphithéâtre le mercredi à 10 h. Salles de Chaumont (F. aiguës), Bilgrain (F. chroniques). — M. Descroizilles. Consultation le mardi. Visite à 8 heures 1/2. Conférences cliniques à l'amphithéâtre le vendredi à 10 heures. Salles: Henri Roger (G. aigus), Molland (G. chroniques). — M. A. Ollivier. Consultation le Jeudi. Consultations supplémentaires dans le service, le mardi (médecine générale) et le samedi (Dermatologie). Visite à 8 h. 1/2. Leçons cliniques à l'amphithéâtre le lundi à 10 h. Salles Gillette (F. aiguës), Guersant (F. rubéoleuses), Bazin (F. squameuses et eczémateuses). — Les deux pavillons (pavillon Trousseau) inaugurés en 1882, pour l'isolement et le traitement de la diphtérie, renferment chacun 12 lits et sont destinés l'un aux garçons, l'autre aux filles. Le service est fait par chacun des 5 médecins de l'hôpital qui s'y succèdent de deux en deux mois. Au commencement de l'année, un moniteur de trachéotomie (un ancien interne de l'hôpital) guide les internes, comme à Trousseau. Le service spécial des rubéoliques, récemment fondé, ouvert le 1er janvier 1886, est fait de la même façon par les médecins de l'hôpital. — *Chirurgien* : M. de Saint-Germain. — Visite à 8 h. 1/2. Consultation tous les jours, Conférences cliniques à l'amphithéâtre le jeudi à 9 heures. Opérations les mardis, jeudis, samedis. Le samedi, consultation d'orthopédie. Salles Giraldès (G., Bouvier F.), Baudelocque (F. ophthalmies), Baffos (G., Ophthalmies). Vaccinations le mercredi à 8 heures.

Bibliothèque. — Elle possède actuellement 620 volumes environ. Cotisation des internes 2 fr. par mois. Elle reçoit chaque année une allocation du Conseil municipal. De nombreux dons sont faits tous les ans par M. Descroizilles (*Arch. de Med., Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux, etc.*).

Hôpital Trousseau, 89, rue de Charenton (ex-hôpital Sainte-Eugénie, ancien hôpital Sainte-Marguerite). Enfants, 4[illegible]3 lits.

Médecins : M. Cadet de Gassicourt. Visite à 8 h. 1/4. Consultations les lundis et jeudis. Salle Barrier (garçons); salle Blache (filles). — M. Legroux. Visite à 8 heures 3/4. Consultations les mercredis et samedis. Maladies aiguës. Salle Bouvier (filles). Maladies chroniques. Salle Bouvier et Valleix (filles). Teigne le mardi. Salle Gillette (filles). — M. d'Heilly. Visite à 8 h. 1/2. Consultations les mardis et vendredis. Maladies aiguës. Salle Legendre (garçons). Maladies chroniques. Salle Lugol (garçons). Teigne. Salle Bazin (garçons). — Consultations et pansement externe de la teigne, deux jours par semaine : M. d'Heilly, les samedis; M. Legroux les mardis. Un amphithéâtre pourvu de tous les moyens d'étude désirables est annexé au service de M. Lannelongue. Des pavillons d'isolement doivent être construits dans un très bref délai. — *Chirurgien* : M. Lannelongue. Visite à 8 h. 1/2. Consultations tous les jours. Salle Denonvilliers (garçons). Salle Giraldès (filles).

Pavillon Bretonneau, inauguré en 1879, comprenant 28 lits pour la diphthérie. Ce service d'isolement est fait alternativement par les médecins. M. Cadet de Gassicourt, mai, juin, novembre et décembre. M. d'Heilly, en janvier, février, juillet et août; M. Legroux en mars, avril, septembre et octobre. Au commencement de chaque année, un moniteur est choisi par l'Assistance publique afin de servir d'aide et de guide aux nouveaux internes pendant les opérations de trachéotomie. C'est là une innovation des plus heureuses introduite dans l'important service des diphthériques. Le mercredi, pendant les deux semestres de l'année scolaire, M. Cadet de Gassicourt fait des leçons cliniques au lit du malade et à l'amphithéâtre.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Au 1er janvier 1879, la bibliothèque n'était représentée que par des thèses et par des collections de journaux incomplets. Il n'existait ni règlement ni cotisations. Grâce à l'initiative des internes et à la générosité de M. le Dr Lannelongue, chirurgien de l'hôpital Trousseau, la bibliothèque est devenue [illegible]. Le Conseil municipal [illegible] à cette bibliothèque [illegible] de 500 fr. en 1882 et 1883 [illegible] 1885, 1886 et 1887, elle possède aujourd'hui [illegible] volumes. Les internes en médecine [illegible] une cotisation de 2 fr. par mois. L'hôpital Trousseau [illegible] d'une importance très grande. De nombreux [illegible] d'histologie pathologique et de chimie [illegible]. Ajoutons [illegible] de M. le Dr Lannelongue vient d'être organisé avec [illegible] aux étudiants de [illegible] sujets d'étude.

Hospice des Enfants-Assistés, rue Denfert-Rochereau, 74, [illegible] lits. *Médecin* : M. S[illegible]. Visite tous les jours de 8 h. 1/2 à 10 h. [illegible] M. G[illegible]. Salle Giraldès. — [illegible] Une consultation gratuite pour les maladies des enfants est établie à l'hospice des Enfants-Assistés. Cette consultation a lieu régulièrement le lundi, le mercredi et le vendredi de chaque semaine à 9 h. du matin. Entrée, rue Denfert-Rochereau, n° [illegible]. — Il existe depuis deux ans des pavillons spéciaux [illegible] pour les maladies contagieuses.

Bibliothèque des internes [illegible]. — Cette bibliothèque fondée il y a quelques années possède actuellement environ 120 volumes. Elle a reçu à titre de [illegible] du Conseil municipal une somme qui a permis l'achat du *Dictionnaire de Jaccoud.* Une somme de 200 fr. a été allouée au budget de 1886 de l'Assistance publique pour l'entretien de cette bibliothèque. Un certain nombre d'ouvrages reçus [illegible]. Enfin les internes de l'hôpital [illegible] de 2 fr. qui a permis l'acquisition de quelques ouvrages [illegible] aux maladies de l'enfance.

Hôpital Saint-Louis, rue Bichat, n° [illegible], salle de consultation même rue, n° 4[illegible]; 1043 lits dont [illegible] aux affections cutanées, 3[illegible] aux accouchements, et le reste [illegible] chirurgicales.

[illegible] dermatologiques et [illegible]. — La médecine générale n'est pas enseignée dans cet hôpital, mais en revanche, on y trouve accumulés tous les matériaux et tous les moyens d'études propres à favoriser l'enseignement [illegible] de la pathologie cutanée.

Six chefs de service se partagent les lits réservés aux maladies de la peau; chacun d'eux fait la consultation un jour par semaine et examine les jours suivants les malades admis dans les salles. Outre les cours officiels organisés par la Faculté, les six médecins de l'hôpital Saint-Louis font donc, pendant le semestre d'été, une série de leçons théoriques et pratiques [illegible] d'une commune entente, ces leçons sont réparties entre les différents jours de la semaine, de sorte que les étudiants ont [illegible] choisir chaque matin entre les moyens d'instruction qui s'offrent à eux.

Médecins : M. V[illegible]. Consultation externe le mardi; examen des nouveaux malades et conférences cliniques le mercredi (toute l'année), traitement [illegible] des affections cutanées, lupus, couperose, chéloïde, etc., le [illegible] le samedi; salles Alibert (F.), Gabrielle et De[illegible] (H.). — M. E. Besnier. Consultation externe le vendredi. Clinique [illegible] mardi, opérations dermatologie; mercredi, teignes et [illegible] du cuir chevelu; salles Gibert (H.) et Cazeneuve (F.). [illegible] — M. le Dr Fournier, clinique des maladies de la peau. Chef de clinique, M. le Dr H. Feulard. Tous les jours de 8 h. à 10 [illegible] Saint-Louis (H.) et Henri IV (F.). Consultation le samedi. — [illegible]. Les mardis, Leçon au lit des malades [illegible]. Leçon à l'Amphithéâtre [illegible]; les jeudis [illegible] normale et pathologie de la peau, par M. le Dr [illegible] d'histologie. — M. H[illegible]. Consultation externe le lundi; examen des nouveaux malades le [illegible] jeudi (l'hiver), le samedi [illegible]. [illegible] Salle Bazin (H.), salle Lugol (F.). — M. Q[illegible]. Consultation externe le mercredi; examen des nouveaux malades et [illegible] cliniques le jeudi à 9 heures; examens [illegible] salles Lorry (F.) et [illegible] (H.). Conférences [illegible] pendant l'été, après-midi. — M. T[illegible]. Consultation externe le lundi. Examen de [illegible] aux malades le vendredi [illegible] le mardi, 9 heures; salles Rich[illegible] et Emery (F.) et [illegible] (H.). — *Accoucheur* : M. P[illegible], salle Paul Dubois. Visite tous les jours à 9 h. Les élèves n'y sont admis que munis d'une autorisation spéciale. Consultation tous les jours à 9 h. 1/2. [illegible] Les élèves y sont admis sans autorisation [illegible] du 1er juillet, leçons tous les [illegible] à 9 h.

Musée pathologique. — Le Musée [illegible] tous les jours de 8 h. à 11 h., sans formalité, contient [illegible] moulages reproduisant les principales [illegible] 112 dessins et des photographies [illegible]. La [illegible] de M. Fournier, [illegible] au Musée, se compose d'un grand nombre de pièces relatives aux [illegible] syphilitiques et vénériennes. Le Musée [illegible] de M. [illegible] contient des moulages de pièces chirurgicales. M. Péan [illegible] le musée d'une collection d'environ 200 pièces [illegible].

L'hôpital Saint-Louis doit surtout sa réputation à l'enseignement spécial des affections cutanées, mais ses services d'accouchements et de chirurgie sont également des plus actifs. Le service d'accouchements, dirigé par M. PORAK, contient 28 lits constamment occupés. Il s'y fait en moyenne 2 ou 3 accouchements par jour; 966 par an (1875); 4539 de 1875 à 1880. Ce chiffre n'est dépassé qu'à la Maternité. Tous les jours, consultation externe pour la gynécologie.

Chirurgiens. — Les services de chirurgie de l'hôpital Saint-Louis sont, avec ceux de Lariboisière, les plus riches et les plus actifs des hôpitaux de Paris. 28,500 malades et blessés se présentent à la consultation, et 2,200 en moyenne sont traités dans les salles. — M. PÉAN, Consultation externe lundi, vendredi; clinique et opérations le samedi toute l'année, à l'amphithéâtre, salles Nélaton (H.), Denonvilliers (F.). — M. LE DENTU. Consultation externe mardi et jeudi : leçon clinique et opérations le mercredi toute l'année à 9 h. 1/2, à l'amphithéâtre, salles Gosselin (F.) et Cloquet (H.). — M. L. CHAMPIONNIÈRE Consultation le mercredi et le samedi. 64 lits dont 40 d'hommes et 24 de femmes.

Bibliothèques. — Une bibliothèque médicale fondée récemment par les soins des médecins et chirurgiens de l'Hôpital, et destinée à s'enrichir de nombreux dons, est annexée au Musée Pathologique. Cette bibliothèque qui est ouverte depuis le 1er janv. 1888 contiendra, outre les publications de dermatologie, les principaux ouvrages de médecine et de chirurgie, et la plupart des journaux français et étrangers. Elle sera ouverte à tous les médecins et élèves de 8 h. 1/2 du matin à 11 h. et de 2 h. à 5 h. — Une autre *Bibliothèque*, enrichie de 1877 à 1886 par des dons du Conseil municipal de Paris, est la propriété des internes en médecine de l'hôpital ; elle contient d'importantes collections de thèses et de journaux, des ouvrages médicaux variés et les principaux travaux français et étrangers sur les maladies de la peau, 1500 volumes. Elle a reçu, en 1884, un legs de M. Hillairet.

HÔPITAL DU MIDI. 111, boulevard de Port-Royal. 327 lits consacrés exclusivement aux affections vénériennes et syphilitiques. — Les visites et consultations se font très régulièrement tous les jours, à 9 heures du matin. — *Chirurgien* : M. HUMBERT. 1re division. Salles I, II, III et IV. Consultations les lundis et jeudis. — *Médecins* : M. DU CASTEL. 2e division. Salles VI, VII et VIII. Consultations les mercredis et samedis à 9 heures. Examen et discussion des nouveaux malades les lundi et jeudi à 9 heures. Conférence clinique le vendredi à 9 h. 1/2 — M. MAURIAC. 3e division. Salles IX, X, XI et XII, consultations les mardis et vendredis. — Le musée créé par M. le Dr Horteloup, où sont réunies un grand nombre de pièces montées avec soin, présente un grand intérêt pour l'étude des *maladies vénériennes* et mérite d'être visité avec soin.

HÔPITAL DE LOURCINE, n° 111, rue de Lourcine : 243 lits. — M. N... : Salles Cullerier et Natalis Guillot. Consultations les mardis et vendredis. — M. BALZER. Salles Astruc, Goupil et Bouley. Cette dernière salle (8 lits et 6 berceaux) reçoit les filles de 2 à 15 ans. Consultations les lundis et jeudis. Conferences cliniques le mercredi à 10 heures. — *Chirurgien* : M. POZZI. Salles Fracastor accouchements et crèches) et Van Swieten. La salle Fracastor (33 lits et 18 berceaux) reçoit les enfants nouveau-nés avec leur mère. Consultations les mercredis et samedis. — Les étudiants sont admis dans cet hôpital sur la présentation de cartes spéciales, délivrées par M. le directeur de l'établissement.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Le Conseil municipal, en 1879, a voté une somme de 400 fr. pour la bibliothèque des internes en médecine. Depuis, il a voté tous les ans la même somme.

HÔPITAL TEMPORAIRE DE LA RUE PASCAL, rue Pascal, 76 : 60 lits. — Consultation gratuite pour les femmes. *Medecins* : MM. N..., le lundi ; BALZER, le samedi. — *Chirurgien* : M. POZZI, le mardi; examen des malades par les élèves le mardi et le jeudi à 9 h. 1/2.

MAISON ET ÉCOLE D'ACCOUCHEMENT, boulevard de Port-Royal, 123 : 402 lits. — *Médecin*: M. LABADIE-LAGRAVE. Consultations les lundi, mercredi et vendredi. — *Chirurgien en chef* : M. TARNIER. — *Chirurgien-adjoint* : M. BOUILLY. Consultations les mardis, jeudis et samedis. — Cet hôpital est complètement fermé aux étudiants; il est réservé, par l'Administration de l'Assistance publique pour l'éducation des élèves sages-femmes. Il y a trois internes, l'un est attaché au service de médecine, les deux autres au service de chirurgie de M. Bouilly : il n'y a pas d'externes. Cette maison comprend, en réalité, deux parties distinctes : l'Hôpital et l'École. — Les femmes enceintes peuvent être reçues pendant le neuvième mois de leur grossesse : une salle contenant 30 lits leur est destinée. Si ces femmes sont atteintes soit d'une affection médicale, soit d'une affection chirurgicale, ou offrent un rétrécissement du bassin, elles peuvent être admises dans deux salles spéciales, l'une (médecine) de 12 lits, l'autre (chirurgie) de 6 lits.

Lorsque l'accouchement est fait, si les suites de couches sont simples, les femmes restent dans les salles qui sont sous la direction de la sage-femme en chef ; chacune de ces salles contient 30 lits. Chaque lit est séparé des autres par une cloison. Cinq nourrices sont attachées à ce service.

Dès qu'une femme présente quelques accidents, fièvres, douleurs abdominales, etc., elle doit être immédiatement séparée des autres et envoyée dans le service de médecine. Ce service est tout à fait isolé du précédent, comme situation, comme personnel, etc. Le service de médecine contient 21 lits, disséminés dans cinq salles. Cinq nourrices en dépendent.

Comme on le voit, les femmes malades sont complètement séparées des autres femmes; c'est ce système d'isolement, qui a permis d'obtenir un abaissement considérable de la mortalité. Cette mortalité, depuis quelques années, n'a été que de 0,97 0/0 en 1884, chiffre qui est bien près du chiffre normal quand on considère qu'à la Maternité, comme à l'hôpital des Cliniques, sont envoyées bien qu'en moins grand nombre, des femmes qui ont déjà subi des manœuvres en ville. En dehors de ces trois services qui relèvent séparément du médecin, de la sage-femme et du chirurgien, ce dernier a un service de gynécologie contenant 10 lits.

L'École d'accouchement possède en moyenne une centaine d'élèves; elle est sous la direction du chirurgien en chef, M. le professeur Tarnier, assisté de Mme Henry, sage-femme en chef. Il y a trois aides sages-femmes, choisies parmi les lauréates des concours, qui sont chargées à tour de rôle de répéter aux élèves les leçons du professeur et de surveiller les accouchements ; de plus, les élèves sont divisées en dix séries qui se succèdent toutes les 24 heures à la salle d'accouchement; chaque série a, à sa tête, des *petits-chefs*, nommées au concours parmi les élèves de seconde année ; ces petits-chefs ont elles-mêmes pour mission de diriger leurs compagnes, de leur expliquer les difficultés de la théorie et de les initier à la pratique.

Toutes les élèves sont internes : elles ne peuvent sortir que six fois dans l'année accompagnées de leur père, de leur mère, de leur mari ou du correspondant désigné par les ayant-droits. Le prix de la pension, qui était de 600 fr., pour une année, a été élevé à 1,000 fr.. La plupart des élèves restent pendant deux années à la Maternité.

Outre le cours d'accouchement les élèves suivent des leçons sur les maladies puerpérales et les maladies des nouveau-nés, faites par l'interne en médecine ; sur la botanique, faites par le pharmacien en chef ; sur l'anatomie et la physiologie élémentaires, faites par l'interne en chirurgie.

Il existe enfin, dans le grand parc de la Maternité, un petit pavillon, construit sur les indications de M. le professeur Tarnier, pavillon à chambres complètement séparées où la surveillance est rendue facile par l'existence de vitres dormantes qui donnent toutes, à chaque étage, sur une pièce centrale où se tiennent les infirmières. Dans ce pavillon, au service duquel est attachée une aide sage-femme, sont réalisées les conditions d'isolement complet, analogues à celles qu'on rencontre dans la pratique civile; il a été inauguré en juin 1876, et il a eu, depuis neuf ans, la visite d'un grand nombre d'accoucheurs français, russes, anglais, allemands, italiens, américains, etc. Ce pavillon a permis d'obtenir les meilleurs résultats. L'isolement des services et des accouchées malades a fait tomber la mortalité de 9,31 à 2.32 %. : — l'isolement et la méthode antiseptique ont fait descendre ce dernier chiffre à 0,97.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ, rue du Faubourg Saint-Denis, n° 200 : 344 lits. — *Médecins* : MM. LECORCHÉ et LABBÉ. — *Chirurgiens* : MM. Marc SÉE et HORTELOUP. Cet établissement ne reçoit que des malades payants. Il n'est accessible qu'aux élèves du service, internes et externes. — Les internes possèdent une *bibliothèque médicale* contenant plus de 600 vol., dont une partie a été léguée en 1875 par M. Demarquay. En 1884, elle s'est enrichie du dictionnaire de Jaccoud. Plusieurs collections de journaux seraient à compléter, par exemple, les *Archives de médecine* qui manquent depuis 1873. Elle reçoit du Conseil municipal une subvention annuelle de 400 francs. Les internes se sont volontairement soumis à une cotisation personnelle de 2 francs par mois ; la subvention du Conseil municipal est bien faible pour une bibliothèque aussi peu riche en livres classiques. La Maison municipale de santé possède trois laboratoires, un pour chaque service de médecine, et un pour les deux services de chirurgie.

Médecins, chirurgiens et accoucheurs du Bureau central.

Médecins : MM. DE BEURMANN, MUSELIER, BRISSAUD, MERKLEN, FAISANS, TALAMON BALLET, BRAULT, BARIÉ, RENAULT, BROCQ, COMBY, CHANTEMESSE, HIRTZ (Edgard), GAUCHER, JOSIAS, JUHEL-RENOY, MARTIN (Hippolyte), MARIE, NETTER, GILBERT.

Chirurgiens : MM. KIRMISSON, SCHWARTZ, REYNIER, SEGOND, QUÉNU, NÉLATON, PRENGRUEBER, CAMPENON, JALAGUIER, BRUN, ROUTIER, GÉRARD, MARCHANT, BAZY, TUFFIER, PICQUÉ, MICHAUX, CHAPUT.

Accoucheurs : MM. CHAMPETIER DE RIBES, DOLÉRIS, AUVARD.

Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

La réouverture de cet établissement a eu lieu le 15 octobre : les pavillons de dissection sont mis à la disposition des élèves pour l'étude

de l'anatomie. L'amphithéâtre de Clamart, comme on l'appelle le plus souvent, a été spécialement créé pour les élèves de l'Assistance publique, internes et externes ; mais tous les étudiants sont admis à suivre les cours qu'on y fait sur les sciences anatomiques. Il est situé rue du Fer-à-Moulin, 17.

Les cours ont lieu tous les jours à 4 heures : le premier, anatomie topographique, est fait par M. le Dr Tillaux, directeur de l'amphithéâtre de Clamart, chirurgien de l'Hôtel-Dieu. — M. Walther, prosecteur, fera le cours de physiologie. — M. Demoulin, prosecteur, fera le cours d'anatomie descriptive. — M. Sabdey, chef du laboratoire d'histologie, fait un cours d'histologie. — L'administration met à la disposition des élèves des microscopes et des réactifs pour l'étude de l'histologie. Nous rappellerons, en outre, que le musée d'anatomie normale et pathologique de Clamart est ouvert tous les jours de 1 heure à 4 heures. La principale richesse de ce musée consiste dans les nombreuses pièces préparées par les concurrents pour le prosectorat de Clamart. Conservateur du musée : M. Temoin.

Personnel médical des hôpitaux.

Il se compose : 1° de médecins, chirurgiens et accoucheurs; 2° de prosecteurs (voir Amphithéâtre des hôpitaux), d'internes et d'externes en médecine, en chirurgie et en accouchements; 4° de pharmaciens; 5° d'internes en pharmacie. Tous sont nommés au *concours*. — Nous nous bornerons à donner ici l'extrait des règlements administratifs concernant l'*externat* et l'*internat*.

A. — *Externat. Art.* 101. — Tout étudiant qui se présente au concours pour les places d'élèves externes doit être âgé de 18 ans au moins et de 26 au plus (1). Toutefois, l'élève qui atteindra 26 ans avant l'expiration de ses fonctions, peut, si sa conduite n'a donné lieu à aucune plainte, être autorisé à concourir de nouveau pour l'externat, et si les épreuves du concours lui sont favorables, être prorogé dans ses fonctions d'externe jusqu'à 28 ans, de telle sorte qu'il puisse conserver la faculté de se présenter au concours de l'internat jusqu'à la limite de l'âge fixée par le règlement. Il doit produire : 1° son acte de naissance ; 2° un certificat de revaccination ; 3° un certificat de bonnes vie et mœurs, délivré par le maire de la commune où il est domicilié ; 4° le certificat d'une inscription, au moins, prise à l'une des Facultés de médecine. Néanmoins, les étudiants qui se présenteraient sans pouvoir produire encore ce nouveau certificat, seront inscrits provisoirement sous la réserve de justifier de la prise d'une inscription avant la clôture du concours.

Art. 102. — Les élèves externes reçus au concours ont seuls le droit de se présenter pour les places d'élèves internes. Ils ne doivent pas être âgés de plus de 28 ans. Ils ne sont inscrits pour le concours de l'internat que sur le vu des pièces ci-après : 1° un certificat constatant leur service en qualité d'externe au moins depuis le 1er janvier précédent, sans interruption non motivée ; 2° les certificats délivrés par les médecins ou chirurgiens et par les directeurs des établissements dans lesquels ils ont fait un service en qualité d'externes et attestant leur exactitude, leur subordination et leur bonne conduite.

Art. 9. — Les épreuves du concours de l'externat sont réglées ainsi qu'il suit : 1° une épreuve orale sur une question d'anatomie descriptive ; il sera accordé cinq minutes à chaque candidat pour développer cette question, après cinq minutes de réflexion ; 2° une deuxième épreuve orale sur une question élémentaire de pathologie ou de petite chirurgie. Chaque candidat aura également cinq minutes pour traiter cette question, après cinq minutes de réflexion. Le maximum des points à attribuer aux candidats, pour chacune de ces deux épreuves, est fixé à 20.

Afin de permettre aux nouveaux étudiants, candidats aux prochains concours, de mieux se rendre compte de la nature des épreuves, nous allons reproduire la liste des questions qui ont été données aux derniers concours (2).

Concours de 1882. — 1° *Anatomie* : Diaphragme : — Os maxillaire inférieur ; — Articulation scapulo-humérale ; — Os frontal ; — Aorte abdominale ; — Muscle sterno-cléido-mastoïdien ; — Artère fémorale ; — Conformation extérieure et rapports du cœur ; — Articulation du coude ; — Muscles de la paroi abdominale antérieure ; — Veines du membre supérieur ; — Muscle psoas-iliaque ; — Configuration extérieure et rapports des poumons ; — Parois osseuses des fosses nasales ; — Articulation tibio-tarsienne.

2° *Pathologie et petite chirurgie* : Symptômes et diagnostic de la pneumonie franche ; — Examen clinique des urines ; — Signes et diagnostic de l'érysipèle, etc., etc.

Concours de 1883. — 1° *Anatomie* : Extrémité inférieure du fémur ; — Crosse de l'aorte ; — Rapports de l'estomac ; — Extrémité inférieure des os de l'avant-bras ; — Articulation coxo-fémorale ; — Articulation temporo-maxillaire ; — Artères de la main ; — Muscles grand pectoral et petit pectoral ; — Vertèbres dorsales ; — Muscles fessiers ; — Rapports des reins ; — Veines saphènes ; — Calcanéum et astragale ; — Muscle biceps du bras.

2° *Pathologie et petite Chirurgie* : Fract. de l'extr. infér. du péroné ; — Chloroformisation ; — Erysipèle de la face ; — Fractures de la rotule ; — du panaris ; — Signes fournis par l'auscultation et la percussion dans la phthisie pulmonaire ; — Causes, signes et diagnostic de la péritonite aiguë ; — De la manière de faire une autopsie ; — Réduction des fractures et soins consécutifs ; — Hydarthrose ; — L'anthrax, — Des injections hypodermiques ; — Des lavements.

Concours de 1884. — 1° *Anatomie* : Artère fémorale et ses branches ; — Muscle sterno-cléido-mastoïdien ; — Articulation coxo-fémorale ; — Crosse de l'aorte . — Parois osseuses de l'orbite ; — Configuration extérieure et rapports des poumons ; — Articulation tibio-tarsienne ; — Diaphragme ; — Les côtes.

2° *Pathologie et petite Chirurgie* : Sig. et diagn. de la pleurésie aiguë ; — Epistaxis et tamponnement des fosses nasales ; — Entorse ; — Symptômes et diagnostic de la fièvre typhoïde ; — Symptômes et diagnostic de la rougeole ; — Péritonite aiguë ; — Fracture de côtes.

Concours de 1885. — 1° *Anatomie* : Os maxillaire inférieur. — Articulation radio-carpienne ; — Forme et rapports des poumons ; — Artère fémorale ; — Clavicule ; — Crosse de l'aorte : — Diaphragme ; — Articulation tibio-tarsienne ; — Articulation du coude. — Muscle sterno-cléido-mastoïdien ; — Articulation coxo-fémorale. — Muscle psoas-iliaque ; — Artère sous-clavière ; — Articulation scapulo-humérale ; — Muscle de la région antérieure de la jambe.

2° *Pathologie et petite Chirurgie* : Symptômes de la pneumonie franche aiguë ; — Vaccine et vaccination ; — Erysipèle de la face ; — Cathétérisme de l'urèthre ; — Rougeole ; — Signes et diagnostic de la pleurésie aiguë ; — Brûlures ; — Ascite ; — Fièvre typhoïde ; — Scarlatine ; — Epistaxis ; — Tamponnement des fosses nasales ; — Péritonite aiguë ; — Entorse ; — Fracture de l'extrémité inférieure du radius ; — Fractures de la clavicule ; — Saignée.

Concours de 1886. — 1° *Anatomie* : Atlas et axis ; — Rapports de la vessie chez l'homme ; — Articulation du coude ; — Configuration extérieure du cerveau ; — Os maxillaire inférieur ; — Rapports de l'estomac ; — Rapports du cœur ; — Artère humérale ; — Muscle grand oblique de l'abdomen ; — Conformation extérieure et rapport du foie ; — Muscle sterno-cleido-mastoïdien ; — Parois osseuses des fosses nasales ; — Rapports de la trachée ; — Artère fémorale ; — Articulation du coude ; — Artères de la main ; — Extrémité supérieure du fémur ; — Muscle diaphragme ; — Veines superficielles du membre supérieur ; — Articulation scapulo-humérale.

2° *Pathologie et petite chirurgie* : Symptômes de la pneumonie aiguë ; — Appareils inamovibles ; — Furoncle ; — De l'érysipèle ; — Symptômes des fractures en général ; — Des brûlures ; — Sangsues ; — Manière de faire une autopsie ; — Examen clinique des urines ; — Symptômes et diagnostic de la fièvre typhoïde, — Symptômes de la rougeole ; — Traitement des hémorrhagies ; — Du lavement ; — Abcès chauds ; — Ventouses, — Signes physiques de la tuberculose pulmonaire chronique ; — Fractures de la clavicule.

Concours de 1887. — 1° *Anatomie* : Diaphragme ; — Articulation du genou ; — Artère axillaire et ses branches ; — Muscles adducteurs de la cuisse ; — Os iliaque : — Artère fémorale ; — Muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen ; — Articulation tibio-tarsienne ; — Articulation temporo-maxillaire ; — Parois osseuses des fosses nasales ; — Rapports du cœur ; — Articulation du coude ; — Muscles fessiers ; — Veines du membre supérieur ; — Rapports du foie ; — Articulation scapulo-humérale ; — Artère poplitée et ses branches ; — Crosse de l'aorte ; — Os maxillaire inférieur ; — Articulation radio-carpienne ; — Veines du membre inférieur.

2° *Pathologie et petite chirurgie* : Signes et diagnostic des fractures en général ; — Symptômes de la rougeole régulière ; — Des lavements ; — De l'anthrax ; — De la saignée ; — Signes et diagnostic de la pneumonie lobaire ; — Des brûlures ; — Traitement de l'épistaxis ; — Symptômes et diagnostic de la péritonite aiguë. — Signes et diagnostic de la scarlatine normale ; — Cathétérisme de l'urèthre ; — Vaccin et vaccination ; — Hydrocèle vaginale ; — Hémorrhagie artérielle ; — Des injections hypodermiques (1).

B. — Voici maintenant les articles du règlement relatif aux *internes en médecine et en chirurgie.*

Art 112. — Les épreuves du concours de l'internat sont réglées comme il est dit ci-après : 1° une épreuve d'admissibilité consistant en une composition écrite sur l'anatomie et la pathologie, pour laquelle il sera accordé deux heures ; 2° une épreuve orale sur les mêmes sujets ; il sera accordé dix minutes à chaque candidat pour développer, après dix minutes de réflexion, la question qui lui sera échue. Le maximum des points à attribuer, pour chacune de ces épreuves, est

(1) Le concours de l'externat désormais commence au milieu du mois d'octobre. Les externes sont nommés pour trois ans.

(2) Voir les questions données aux concours de 1872 à 1881 inclusivement dans les *Numéros des Étudiants* de 1881, ..., 188 et 1887.

(1) Pour le concours de 1888, voir nos 44, et tous ceux qui suivront.

fixé ainsi qu'il suit : pour la composition écrite, 30 points ; pour l'épreuve orale, 20 points. Ces opérations terminées, le jury procède au classement des candidats.

Questions écrites données dans ces dernières années : 1861. Structure du rein ; hématurie. — 1862. Région inguinale, signes et diagnostic de l'étranglement intestinal au point de vue médical et chirurgical. — 1863. Muscles intercostaux, leurs usages, fracture des côtes. — 1864. Cordon testiculaire ; varicocèle et son traitement. — 1865. Diaphragme ; pleurésie. — 1866. Veine porte ; ascite. — 1867. Artères des intestins ; Signes et diagnostic des hémorrhagies intestinales. — 1868. Muscles intrinsèques du larynx ; caractères différentiels des laryngites. — 1869. Médiastin postérieur ; diagnostic du pneumothorax. — 1871. Trachée et bronches ; corps étrangers des voies aériennes. — 1872. Vertèbres cervicales ; signes et diagnostic du mal de Pott. — 1873. Circulation du foie ; cirrhose. — 1874. Rapports de l'œsophage ; ses rétrécissements. — 1875. De l'endocarde et des endocardites. — 1876. Cœcum ; ulcérations intestinales. — 1877. Vaisseaux sanguins du poumon ; gangrène pulmonaire. — 1878. Structure du rein : diagnostic et valeur séméiologique de l'albuminurie. — 1879. Testicule ; affections tuberculeuses du testicule. — 1880. Voile du palais ; érysipèle spontané de la face. — 1881. Col de l'utérus ; polypes de l'utérus. — 1882. Nerf récurrent ; anatomie pathologique ; signes et diagnostic de l'apoplexie pulmonaire. — 1883. Région poplitée ; gangrène sénile. — 1884. Voies biliaires (anatomie et physiologie) ; symptômes, diagnostic et traitement des kystes hydatiques du foie. — 1885. 1er concours : Rapports de l'estomac et du duodénum ; anatomie pathologique, symptômes et diagnostic du choléra asiatique ; — 2e Concours : Circonvolutions de la face externe du cerveau ; cours et signes de l'hémiplégie. — 1886. Grand épiploon : signes et diagnostic de la péritonite tuberculeuse. — 1887. Veines jugulaires ; érysipèle de la face. — 1888. Triangle de Scarpa ; symptôme et diagnostic de l'étranglement herniaire.

Le relevé suivant donnera une idée de la nature des questions orales (1).

Concours de 1884. — Artère pulmonaire ; Embolie pulmonaire, causes et signes ; — Muqueuse linguale ; Signes et diagnostic de l'angine diphthérique ; — Glande sous-maxillaire ; Signes et diagnostic de la grenouillette.

Concours de 1885. — Vaisseaux sanguins de l'estomac ; symptômes de l'ulcère simple de l'estomac ; — Mécanisme de l'accouchement par la face ; Rapports de l'utérus ; — Articulation huméro-cubitale ; signes et diagnostic de la luxation du coude en arrière ; — Nerfs de la main ; Étiologie et symptômes du tétanos ; — Artère poplitée ; Symptômes et diagnostic de l'anévrisme artério-veineux ; — Artère pulmonaire ; Symptôme de la pneumonie franche ; — Configuration extérieure et rapports du cœcum ; Symptôme et marche de la fièvre typhoïde régulière ; — Canal thoracique ; Diagnostic des différentes positions de la présentation du sommet pendant la grossesse et le travail ; — Trajet inguinal ; Symptômes et traitement de la hernie inguinale étranglée ; — Nerf moteur oculaire commun ; Symptômes et diagnostic de la cataracte ; — Veine cave inférieure ; Symptômes et diagnostic de la péritonite chronique tuberculeuse ; — Muscles intrinsèques du larynx ; complications de la coqueluche ; — Vaisseaux du cœur ; Symptômes et diagnostic de la péricardite sèche aiguë ; — Muscles du voile du palais ; Symptômes de l'angine diphthérique.

Concours de 1886 : Nerfs intercostaux ; Zona ; — Orifices artériels du cœur ; Signes et diagnostic de l'insuffisance aortique ; — Nerf radial ; Paralysie radiale ; — Rapports de la trachée ; Trachéotomie ; — Ligaments de l'articulation du genou, Corps étrangers articulaires ; — Glande sous-maxillaire ; Stomatite mercurielle. — Artères de la main et panaris ; — Rapports du rectum et fistule à l'anus ; — Veine cave inférieure et traitement de la pleurésie purulente : — Articulation de la mâchoire inférieure et luxation de la mâchoire ; — Nerf moteur oculaire commun et sa pathologie ; — Vésicule biliaire ; Coliques hépatiques.

Concours de 1887. — Rapports du cœur, signes et diagnostic de la péricardite aiguë ; — Rapports de l'utérus et hémorrhagies de la délivrance ; — Artère axillaire et anévrysme artério-veineux ; — Nerf sciatique poplité externe et fractures du péroné : — Articulation de l'épaule et phlegmons diffus ; — Espace intercostal ; Signes et diagnostic des cavernes pulmonaires. — Glande mammaire et abcès du sein ; — Rapports de la vessie ; Symptômes et diagnostic des calculs vésicaux ; — Vaisseaux sanguins du rectum ; Cancer du rectum ; — Uretère et coliques néphrétiques (2).

Prix de l'Internat. — Nous devons ajouter que, tous les ans, il y a à l'Assistance publique un concours entre les internes. Jadis les prix étaient décernés, d'une part, à une première division (internes de 3e et 4e années), d'autre part, à une seconde division (internes de 2e et de 1re années). Depuis 1887, on a supprimé le concours pour la seconde division. — Questions posées à ces concours jusqu'en 1887 : Concours de 1877 : *Glandes de la muqueuse [illegible]. Valeur séméiologique de l'[illegible]* (1re division). — *Anatomie du [illegible] [illegible]* (2e division). — Concours de 1878 : *Glandes du gros intestin, [illegible] physiologie. Diagnostic et traitement du cancer de l'intestin* (1re division). — *Anatomie et physiologie [illegible] [illegible] [illegible] physiologie de la [illegible]* (2e division). — Concours de 1879 : *Structure et physiologie des reins ; thromboses veineuses* (1re division). — *Anatomie et physiologie des nerfs du cœur, [illegible]* (2e division). — Concours de 1880 : *Structure [illegible] lymphatiques ; leucocythémie* (1re division). — *Des glandes de l'urètre [illegible] diagnostic et traitement de l'[illegible]* (2e division). — Concours de 1881 : *Vaisseaux [illegible] ; [illegible] capillaires* (1re division). — *Artères [illegible], [illegible]* (2e division). — Concours de 1882 : *[illegible] — phlegmon [illegible]* (1re division) ; — *Muqueuse de l'estomac, anatomie et [illegible]* (2e division). — Concours de 1884. Épreuves écrites : *[illegible] ; accidents du [illegible]* (1re division) ; — *[illegible] ; symptômes, diagnostic et traitement de l'étranglement interne* (2e division). — Épreuve orale : *Luxation congénitale de la hanche ; accidents [illegible]* (1re division). — *Hernie inguinale ; hydrocèle [illegible], paralysie de la [illegible] paire* (2e division). — Concours de 1886. Épreuves écrites (1re division) : *Col de la vessie et tumeurs de la [illegible]* ; — (2e division) : *[illegible] et ostéomyélite [illegible]*. — Épreuves orales : *Rétrécissement de l'artère [illegible]* (1re division) ; *Structure et diagnostic des kystes de l'ovaire ; [illegible]* (2e division). — Concours de 1886. Épreuves écrites (1re division) : *Structure des veines ; Phlébite.* — 2e division : *Conformation extérieure et rapports du foie ; Kystes du foie.* — Épreuves orales : *Luxation traumatique de la hanche ; [illegible] cérébral* (1re division). — *Mal de Pott sous-occipital ; — Causes, signes et [illegible] de la paralysie faciale* (2e division). — L'année suivante le concours de la première division a été supprimé. Concours de 1887 : (Les internes de 4e année seulement prenant part à ce concours qui est facultatif). Épreuve écrite : *[illegible] ; dilatation de l'estomac.* Épreuve orale ; *De l'hématocèle [illegible].*

A partir de 1888, le concours des *Prix de l'Internat* est dédoublé (voir [illegible] des *Étudiants*, 1887 et *Progr. méd.*, 1888, [illegible]) en deux concours portant les noms de *Concours [illegible] pour la médecine et pour la chirurgie* ou de *Concours des bourses de voyages.* Désormais il y aura donc deux [illegible] les *internes en chirurgie* de 4e année, l'autre pour les [illegible] de 4e année. Ces deux concours pour 1888 [illegible] en décembre (voir *Progrès médical*, 1888, [illegible]).

En dehors de ces prix, il existe certains autres dus à des fondations, et dont la plupart sont accordés à celui qui est arrivé premier lors du concours de l'internat. Ces prix sont les suivants. *Prix Amussat.* [illegible] premier externe nommé au concours. Valeur [illegible] fr. — *Prix [illegible].* Donné au premier interne nommé au concours. Valeur 300 fr. — *Prix Godard* : Boîte ou trousse d'instruments au premier interne nommé au concours. Valeur 200 fr. — *Prix [illegible]* : Au premier interne nommé au concours sous la condition qu'il sera attaché au service chirurgical de la Charité. Valeur 1250 fr. environ. — *Prix Barbier.* Donné à l'un des trois internes reçus 5e, 6e ou 7e au concours et qui sera désigné par le sort. Valeur 500 fr. (payables par trimestres). D'ordinaire, les trois élèves partagent le prix. — *Prix Civiale.* Prix biennal de 1000 fr., à l'interne titulaire ou provisoire, auteur du meilleur travail sur les maladies des voies urinaires.

Les renseignements qui précèdent montrent combien l'*externat* et surtout l'*internat* offrent d'avantages scientifiques aux étudiants en médecine, et nous ne saurions trop engager les étudiants laborieux à se préparer aux concours qui permettent d'arriver aux fonctions d'externes et d'internes. Voici les avantages matériels que ces institutions leur présentent.

Internes. — Avant 1882 : 1re et 2e année, 500 fr. ; 3e année, 600 fr. ; 4e année, 700 fr. Depuis le 1er janvier 1882, à la suite d'une proposition de M. Bourneville, adoptée par le Conseil municipal, les indemnités sont les suivantes : 1re année, 600 fr. ; 2e année, 700 fr. ; 3e année, 800 fr. ; 4e année, 1.000 fr. — Les internes sont d'habitude logés. Dans le cas contraire, ils reçoivent une indemnité de 600 fr. —

(1) Voir pour les questions données aux précédents concours les *Numéros des Étudiants*, de 1883 à 1887.

(2) Les questions de 1888 seront publiées dans les numéros suivants du *Progrès médical*.

Le nombre des places vacantes, cette année, est de 46; celui des candidats de 320; celui des copies remises de 300 environ.

Externes. — 1° Dans les hôpitaux dits du *centre :* Charité, Clinique, Hôtel-Dieu, Pitié, les externes ne reçoivent aucune indemnité ; — 2° Dans les hôpitaux *semi-excentriques*, comme Necker, les Enfants-Malades, Cochin, etc.; les externes touchent par service 300 fr. par an ; — 3° Dans les hôpitaux *excentriques* (Beaujon, Lariboisière, Saint-Antoine, Trousseau et Saint-Louis, etc. les externes ont une indemnité de un franc par jour. — A la Maison de Santé, les externes ont collectivement par service 300 fr. par an et, de plus, une indemnité individuelle de 300 fr.—Enfin, à Tenon, à Bichat, etc. les externes, vu la grande distance de l'hôpital, touchent exceptionnellement, comme nous l'avons dit, une indemnité de 50 fr. par mois.

Asiles d'aliénés de la Seine.

En raison de l'importance de l'Assistance publique à Paris, de la distribution des secours de toute nature, du nombre des établissements hospitaliers, il a été nécessaire de créer une Administration spéciale. En 1849, une loi a confié à cette Administration le service des Enfants assistés et des Aliénés. En 1873, l'Administration de l'Assistance publique, qui était très impopulaire, s'est vu enlever le service des aliénés. Il s'en suit que, aujourd'hui, il existe à Paris deux Administrations de l'Assistance publique, l'une siégeant avenue Victoria, et une autre, limitée au service des aliénés, siégeant à la Préfecture de la Seine. Il en résulte, à tous les égards, de nombreux inconvénients. Les dépenses sont plus considérables et tendent à s'accroître chaque année; on a créé un nouveau Corps médical, un autre groupe d'internes, etc. De là, des tiraillements de toute sorte, des fausses manœuvres, des pertes de temps. Il serait vivement à désirer que tous les services relatifs à l'Assistance publique fussent réunis en un seul groupe. En attendant la réalisation de cette réforme si désirable, nous croyons utile de donner les conditions relatives à l'*internat des asiles*. Depuis 1879, les places d'internes en médecine des asiles d'aliénés de la Seine sont données au concours.

Conditions du concours. — Peuvent prendre part au concours tous les étudiants en médecine âgés de moins de 30 ans et pourvus de 12 inscriptions. Les candidats devront se faire inscrire à Paris, au siège général de la Préfecture de la Seine (Bureau du personnel.) Chaque candidat devra produire les pièces ci-après : 1° Un acte de naissance ; 2° Un extrait du casier judiciaire ; 3° Un *certificat de revaccination* (1) 4° Un certificat de bonne vie et mœurs ; 5° Un certificat constatant qu'il est pourvu de 12 inscriptions de médecine.

Epreuves. — Les épreuves sont réglées ainsi qu'il suit : *Epreuve d'admissibilité :* 1° Une épreuve écrite de trois heures sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux. Cette épreuve pourra être éliminatoire, si le nombre des concurrents dépasse le triple des places vacantes.

Epreuve définitive. 2° Une épreuve orale de quinze minutes sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe, après un quart d'heure de préparation. — Le maximum des points à accorder pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit : Pour l'épreuve écrite, 30 points; pour l'épreuve orale, 20 points. Le sujet de l'épreuve écrite est le même pour tous les candidats. Il est tiré au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées avant l'ouverture de la séance par le Jury.

Internes provisoires. — Il est nommé, à la suite du Concours et dans l'ordre de mérite, *des internes provisoires chargés de remplacer les internes titulaires en cas d'absence ou d'empêchement.* — La durée des fonctions d'interne provisoire est limitée à une année, à partir du 1er février. — Les internes provisoires pourront se représenter au Concours pour les places d'interne titulaire. — L'interne provisoire qui passe sa thèse renonce implicitement à se représenter, mais il peut rester en fonctions jusqu'à l'expiration de l'année commencée. — L'interne provisoire reçoit le traitement et les avantages en nature de l'interne titulaire, chaque fois qu'il est appelé à le remplacer. Voici les questions écrites et orales données aux concours de 1881 à 1887, afin de donner aux futurs concurrents une idée de la nature des épreuves.

Questions écrites. 1er concours (1880) : *Méninges*; — 2e concours (1880) : *Nerf de la 5e paire* (anatomie et physiologie) 1881 : *Nerf spinal* (anatomie et physiologie). — Concours de 1882 : *Quatrième ventricule* (anatomie et physiologie). — Concours de 1883 : *Cordon postérieur de la moelle* (anatomie et physiologie). — Concours de 1884 : *Nerf récurrent* (anatomie et physiologie). — Concours de 1885 : *Racines des nerfs rachidiens.* — Concours de 1886 : *Artères de l'encéphale; circulation cérébrale.* — Concours de 1887 : *Pneumogastrique* (anatomie et physiologie).

Questions orales. 1er concours (1880) : De *l'épilepsie. Plaie des artères*; — 2e concours (1881) : *Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde. Signes et diagnostic de la fracture du col du fémur.* — Concours de 1882 : *Variole ; Signes et diagnostic de la fracture de côtes; Pneumonie franche ; Fracture du radius.* — Concours de 1883 : *Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde ; — Etiologie, signes et diagnostic du phlegmon diffus; — Signes et diagnostic du cancer de l'estomac.* — Concours de 1885 : *Signes et diagnostic du cancer de l'estomac ; — Fractures compliquées des jambes; — Des symptômes des épanchements liquides de la plèvre; — Des hydarthroses du genou ; — Symptômes et complications de la fièvre scarlatine : — Des fractures de côtes.* — Concours de 1886 : *Symptômes et marche de la scarlatine régulière ; anthrax ; — Signes et diagnostic de la première période de la phthisie pulmonaire ; fractures de la clavicule ; — Signes et diagnostic de la péritonite aiguë; fractures de la rotule.* — Concours de 1887 : *Valeur séméiologique de l'hémoptysie ; Signes et diagnostic des luxations de l'épaule. — Causes et signes du pneumothorax ; Fractures de la clavicule.*

Concours pour 1888 : Le lundi 10 décembre 1888, à midi précis, il sera ouvert à l'Asile Sainte-Anne, rue Cabanis, n° 1, à Paris, un concours pour la nomination à huit places d'interne titulaire en médecine actuellement vacantes dans lesdits établissements. A la suite du concours et dans l'ordre du mérite, il sera nommé huit internes provisoires chargés de remplacer les internes titulaires en cas d'absence ou d'empêchement Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, Pavillon de Flore, aux Tuileries (*Bureau du personnel*). Entrée sous la marquise dans la cour, corridor de droite, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de *onze heures à trois heures*, depuis le jeudi 8 novembre jusqu'au samedi 24 novembre 1888, inclusivement.

Les avantages matériels attachés à la situation d'interne dans les asiles publics d'aliénés de la Seine comportent le logement, le chauffage, l'éclairage, la nourriture, et un traitement fixe et annuel de 800 francs, ce qui est porté à 1.100 francs, pour tenir compte des frais de déplacement, dans les asiles extra-muros.

Médaille d'or de l'internat des asiles. — Le Rédacteur en chef de ce journal, qui demande en vain depuis longtemps que les internes des asiles soient fournis par l'Assistance publique et appartiennent au Corps de l'internat des hôpitaux, a insisté pour que le concours, dit de la médaille d'or, eût des avantages plus en harmonie avec les besoins scientifiques de notre époque et que la médaille d'or et les avantages inhérents, c'est-à-dire une prolongation de service, fussent remplacés par une *bourse de voyage* (1). M. Hérold, préfet de la Seine, a fait examiner cette proposition par une Commission spéciale qui a émis un avis favorable. En conséquence, il a pris un arrêté que l'on trouvera tout au long dans le *Numéro des Etudiants* de 1886 (p. 937).

Les concours pour la bourse de voyage ont eu lieu, savoir : le premier concours, le 23 novembre 1882 : M. le Dr Briand a obtenu la bourse avec 82 points, sur un maximum de 100; — le deuxième, le 3 novembre 1884 : M. Vetault, interne à Ste-Anne, a obtenu la bourse avec 83 points ; — le troisième concours a eu lieu le 15 novembre 1886; M. le Dr Pichon a obtenu la bourse avec 92 points. Le quatrième concours aura lieu au mois de novembre 1888.

Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, boulevard Saint-Jacques, 903 lits, y compris les 32 lits de la nouvelle infirmerie de M. le Dr Magnan. — L'Asile clinique (Sainte-Anne) relève directement de la Préfecture de la Seine et ne dépend pas de l'Administration de l'Assistance publique. — Le personnel médical et administratif est ainsi composé : *Directeur* ; M. le Dr Taule : *Médecins-chefs de service* : MM. Bouchereau et Dubuisson (service de l'asile hommes et femmes) ; M. Magnan (service de l'admission). — *Pharmacien en chef* : M. Quesneville, agrégé à l'Ecole de pharmacie. Médecin-adjoint : M. Dagonet fils, chargé du service des bains externes.

La *clinique des maladies mentales* est installée à l'asile, sous la direction de M. le professeur Ball, assisté de M. le Dr Rouillard, chef de clinique responsable du service, conformément aux prescriptions de la loi du 30 juin 1838. — Il existe un laboratoire de la Faculté avec un chef de laboratoire, M Bellangé. M. Magnan fait également à Sainte-Anne des leçons de clinique mentale. La réouverture des leçons de M. Magnan aura lieu le dimanche 18 novembre, à neuf heures et demie; elles seront continuées les dimanches et mercredis

(1) Nous avons enfin obtenu gain de cause sur ce point comme nous l'avons déjà obtenu, non sans peine, pour le concours de l'internat des hôpitaux; il ne devrait pas y avoir de décès par variole dans ces hôpitaux.

(1) Il est vivement à désirer que la *médaille d'or des hôpitaux* soit remplacée par *trois*, et non *deux bourses de voyage*. Il y aurait trois divisions comprenant, l'une les internes qui se destinent à la *médecine*, la seconde ceux qui veulent s'adonner à la *chirurgie*, la troisième les internes qui se destinent aux *accouchements et à la gynécologie*.

suivants à la même heure; elles auront pour objet, cette année plus particulièrement, les *Délires chez les héréditaires dégénérés*,

Asile de Ville-Evrard (Seine-et-Oise). — *Directeur-administrateur* : M. le Dr Paté. — *Médecins, chefs de service* : MM. les Drs [illegible] (division des femmes) et Marandon de Montyel (division des hommes) ; *médecin-adjoint* au pensionnat : M. le Dr Chambard ; *pharmacien en chef* : M. Magnin. Outre les lits proprement dit de 937 lits, il existe un pensionnat.

Asile de Vaucluse (Seine-et-Oise) près Epinay-sur-Orge, [illegible] lits.— *Médecin-directeur* : M. le Dr [illegible] ; *médecins-adjoints* : MM. Briseque et Ramadier ; *pharmacien en chef* : M. [illegible]. A l'asile de Vaucluse est annexée une *colonie* pour les enfants arriérés et idiots. Elle peut contenir 112 lits. Cette colonie de Vaucluse est sous la direction du Dr Legrain, médecin-adjoint, remplissant les fonctions de médecin chef de service. L'agrandissement [illegible] de l'ensemble des bâtiments permettra d'y traiter 110 malades. Un pensionnat pour des aliénés, au compte des familles, est en construction dans le parc de l'asile.

Asile de Villejuif (Seine), 1,300 lits. — *Service médical* : médecin en chef (femmes), M. Briand ; médecin en chef (hommes), M. [illegible]. *Service administratif* : directeur-administrateur, M. [illegible]. — *Pharmacien en chef* : M. [illegible].

Maison nationale de Charenton.

Médecins en chef : MM. les Drs Christian et Ritti.— Les internes de cet établissement sont nommés par un concours spécial. Voir les conditions *Progr. méd.*, no 27, p. 531, 1886. — Le premier concours a eu lieu en 1885. Question écrite. *Nerf facial* : anat. et physiol. Epreuves orales : *Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde* : *Diagnostic de la hernie inguinale*. Le 2e concours a eu lieu en mars 1887. Il est probable qu'un nouveau concours aura lieu en 1889.

Asiles de convalescence de Vincennes et du Vésinet.

A. de Vincennes. — Directeur : M. Bouf. Médecins : MM. Dre[illegible]mont et Du Mesnil. 3 internes nommés sans concours. Les candidats doivent avoir été externes des hôpitaux de Paris pendant une année au moins. Ils ne sont plus logés, ce qui est déplorable. Leur traitement est de 1,500 fr. la 1re année ; 1,600 fr. la 2e ; 1,700 fr. [illegible]. Ils ont le déjeuner le jour où ils ne sont pas de garde, moyennant une retenue de 30 francs par mois. — *A. du Vésinet.* [illegible] : MM. N... Il y avait aussi des internes à l'Asile de convalescence du Vésinet. Un directeur, trouvant que le service médical est de médiocre utilité, les a supprimés, il y a deux ans, nous assure-t-on.

Nous n'avons jamais cessé de réclamer ici l'organisation d'un *concours unique* pour le recrutement des *internes* de tous les établissements hospitaliers [illegible] départementaux et [illegible] qui existent à Paris [illegible] la Seine. Les *concours spéciaux* à l'entrée, pour ainsi dire, de la carrière médicale [illegible] toujours [illegible] une [illegible] de premier ordre. En [illegible] l'émulation [illegible] grande et l'on ne [illegible] des rivalités, des [illegible] jalousies....., qui se produisent [illegible] trop souvent lorsqu'il s'agit des concours pour les places [illegible] de service. Enfin on aurait [illegible] de temps, [illegible] pour les contribuables. Espérons [illegible] pour [illegible] administrateurs suffisamment éclairés et [illegible] pour réaliser cette réforme.

Enseignement clinique dans les hôpitaux.

Hôpital des Enfants-Malades. — *Thérapeutique infantile.* M. le Dr Jules Simon recommencera son cours de thérapeutique le mercredi 14 novembre à 9 heures, et le continuera tous les mercredis. Consultation clinique le samedi. — *Chirurgie des enfants et Orthopédie.* M. le Dr de Saint-Germain recommencera ses conférences cliniques le 29 novembre à 9 heures. Consultations tous les jours. Opérations le jeudi. — *Clinique médicale.* M. le Dr A. Ollivier, agrégé de la Faculté, recommencera ses conférences cliniques le lundi 19 novembre à 9 h. 1/2 et les continuera les lundis suivants à la même heure. Lundi : Leçon à l'amphithéâtre. Vendredi : Leçon au lit du malade. Jeudi : Consultation publique. Mardi : Consultation supplémentaire (salle Gi[illegible]), [illegible] générale infantile. Samedi : Consultation supplémentaire (salle Bazin), maladies du cuir chevelu et autres maladies de la peau. — *Cours de pathologie et de cliniques infantiles.* M. le Dr Descroizilles a recommencé ses leçons le vendredi [illegible], à [illegible] heures, et les continuera les vendredis suivants à la même heure. Visite et examen des malades, salle Henri-Roger. Consultation le mardi, à 9 h. 1/2.

Hôpital Cochin. — *Clinique thérapeutique.* M. le Dr Dujardin-Beaumetz fait pendant le semestre [illegible] un cours de clinique thérapeutique les lundis, mercredis [illegible] à 10 heures à l'hôpital Cochin. Le lundi le cours [illegible] MM. les Drs [illegible] et Dubief, chefs du laboratoire, et le vendredi a une leçon d'un des internes attachés au service. Visite et interrogatoire au lit des malades tous les jours, à 9 h. 1/2. Un laboratoire de thérapeutique est à la disposition des élèves qui veulent faire des travaux spéciaux sur ce sujet. Le Dr Dubief fait de plus dans le laboratoire un cours de bactériologie et les élèves sont exercés à toutes les préparations bactériologiques.

Hôtel-Dieu. — *Clinique des maladies du larynx* ; mardi et vendredi. M. le Dr Proust. Visite à 9 heures, salles Sainte-Anne et Saint-Thomas ; consultations le samedi. Cet hiver il sera fait, dans le laboratoire de M. le Dr Proust, à l'Hôtel-Dieu, une série de conférences sur l'hygiène alimentaire et les maladies d'alimentation, les maladies du système nerveux, les nouveaux médicaments et les maladies du larynx. — *Clinique chirurgicale.* M. le Dr Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, commencera ses leçons de clinique chirurgicale le lundi 12 novembre à 10 heures et les continuera les mercredi, vendredi et lundi suivants à la même heure.

Hôpital Bichat. — *Leçons de clinique et de thérapeutique médicales.* M. le Dr Henri Huchard fait tous les ans, à partir du mois d'avril des leçons tous les dimanches. De plus, le service est pourvu d'un *laboratoire de recherches thérapeutiques* pour les élèves de l'hôpital et du dehors qui veulent expérimenter l'action des médicaments *anciens et nouveaux*.

Hôpital de la Charité. — *Service d'accouchements.* M. le Dr P. Budin, visite tous les matins à 8 h. 1/2. — A partir du 1er décembre, M. le Dr Luys fera, chaque semaine, un cours sur les maladies du système nerveux dans leurs rapports avec les phénomènes de l'hypnotisme.

Hospice de la Salpêtrière. — *Conférences cliniques sur les maladies mentales et leur thérapeutique.* M. Auguste Voisin fera un cours le dimanche à la Salpêtrière, au mois de janvier 1889. — *Clinique chirurgicale.* M. le Dr Terrillon fera, pendant l'été des leçons cliniques sur les affections chirurgicales et tumeurs de l'abdomen et des organes génitaux de la femme, les mercredis à dix heures, à la Salpêtrière. Opérations le samedi pendant toute l'année.

Hôpital Saint-Louis. — *Maladies de la peau.* M. le Dr Emile Vidal. Le mercredi à 9 heures 1/2, conférence clinique, le mardi à 9 heures, consultation, le jeudi à 9 heures 1/2 ; traitement chirurgical des maladies de la peau : lupus, couperose, chéloïdes, etc. ; le vendredi, à 9 h. 1/2, traitement de la pelade. — *Clinique chirurgicale* : M. Péan, cours et opérations, le samedi à 9 heures.

Hôpital Trousseau. — M. le Dr Legroux, agrégé, fera tous les vendredis, à 3 h. 1/2, salles Bouvier et Lugol, des conférences cliniques dans lesquelles il s'attachera à présenter des cas ayant trait aux questions traitées dans ses conférences du mercredi soir à la Faculté. Visite le matin à 9 h. Consultations les mercredis et samedis.

Asile Sainte-Anne. — M. Magnan reprendra, dans l'Amphithéâtre de l'Admission ses leçons cliniques sur les *maladies nerveuses et mentales* le dimanche 18 novembre, à 9 heures 1/2 du matin et les continuera les dimanches et les mercredis suivants, à la même heure. Les conférences du mercredi seront consacrées à l'étude pratique du diagnostic de la Folie. Les leçons porteront plus particulièrement cette année sur les délires chez les héréditaires dégénérés.

On ne peut qu'adresser des félicitations aux médecins et chirurgiens des hôpitaux qui font chaque année des cours cliniques. Il serait bon, comme nous l'avons déjà demandé, que le Conseil municipal favorisât leur enseignement et qu'il fit inscrire, pour les futurs médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux, l'obligation de faire chaque année un enseignement clinique, en augmentant, cela va de soi, l'indemnité actuelle. Pour l'année 1889, il y aurait un grand intérêt patriotique à ce que le nombre des cours libres qui se font dans les hôpitaux fût accru considérablement. Les médecins étrangers qui visiteront Paris l'année prochaine pourront ainsi constater que l'enseignement de la médecine et le dévouement à la science n'ont pas baissé dans notre pays.

Tous les renseignements que nous avons groupés sous le titre général hôpitaux, montrent d'une façon évidente combien il serait facile de créer, à Paris, une École municipale de médecine à côté de la Faculté de médecine de l'Etat, qui, elle, pourrait être organisée en quelque sorte en Faculté supérieure de médecine. La Ville de Paris et l'Administration de l'Assistance publique possèdent, en effet, un personnel considérable et instruit pour l'enseignement : médecins, chirurgiens, accoucheurs, pharmaciens, prosecteurs, etc. ; — un amphithéâtre d'anatomie, des musées et des laboratoires et les cli-

niques les plus riches du monde. Si M. le docteur Peyron, directeur de l'Assistance publique, prenait l'initiative de cette organisation, il acquerrait un grand honneur et rendrait un service de premier ordre.

ENSEIGNEMENT MÉDICAL LIBRE.

Cours d'accouchements. — Le Dr AUVARD, accoucheur des hôpitaux, fera à l'Ecole pratique de médecine, pendant le semestre d'hiver, un cours d'accouchement complet, en 36 leçons. — Le même cours aura lieu pendant le semestre d'été.

Cours gratuit d'accouchements. — MM. BOISSARD, chef de clinique adjoint d'accouchements, et VARNIER, ancien interne de la maternité de Lariboisière, commenceront un cours gratuit d'accouchements le lundi 12 novembre, à 4 heures, rue Casimir-Delavigne? Le cours aura lieu tous les jours à la même heure. Pour se faire inscrire, s'adresser à la librairie Steinheil, rue Casimir-Delavigne.

Cours d'accouchements. — MM. les Drs G. LEPAGE et J. POTOCKI, anciens internes des hôpitaux, commenceront le lundi 12 novembre, à 4 heures 1/2, un cours pratique d'accouchements. Ce cours *gratuit* aura lieu tous les jours de 4 h. 1/2 à 5 h. 1/2, 41, rue des Ecoles (à l'Association générale des Etudiants). Ce cours sera complet en 36 leçons et comprendra des exercices pratiques sur le mannequin. MM. les Etudiants qui désirent suivre ce cours sont priés de se faire inscrire, soit chez le Dr G. Lepage, 10, rue Godot-de-Mauroi, soit chez le Dr J. Potocki, 104, rue du Faubourg-Poissonnière, ou au secretariat de l'Association générale des Etudiants, 41, rue des Ecoles.

Cours gratuit et quotidien d'accouchements; manœuvres, toucher — M. le Dr FOURNEL recommencera prochainement ce cours dans le quartier des Ecoles, à 5 heures du soir. — Les cartes d'entrée sont distribuées rue Ste-Anne, 65, les mardi, jeudi, samedi, de 1 heure à 3 heures, à partir du 1er décembre.

Policlinique de Chirurgie des femmes. — M. le Dr BERRUT, rue de Grenelle-Saint-Germain, 151, du 1er novembre au 31 août de chaque année Le jeudi à 9 h., leçon ouverte aux médecins, élèves et sages-femmes, sur la présentation de leur carte. A 10 heures : consultations. La premiere leçon a eu lieu le jeudi 8 novembre.

Maladies des femmes — M. le Dr CHÉRON, médecin de Saint-Lazare, a recommencé ses leçons cliniques, à sa Clinique, rue de Savoie, n° 9, le lundi 5 novembre, à 1 heure, et les continuera les lundis suivants, à la même heure. Les élèves sont exercés à l'examen des malades.

Electrothérapie et gynécologie. — M. le Dr APOSTOLI fera un cours tous les mercredis à 3 heures, à l'Ecole pratique. Clinique gynécologique et électrothérapique, 19, rue du Jour (aux Halles). — M. le Dr Apostoli fera tous les jeudis, à 3 heures, une leçon clinique avec examen de malades. — Consultations gratuites et publiques les mardis, jeudis et samedis, de 2 a 5 heures.

Maladies des enfants. — M. le Dr BOUCHUT, agrégé de la Faculté de médecine, médecin honoraire de l'hôpital des Enfants malades, fera son cours durant l'été, le lundi et le mercredi à 4 heures, 16, rue de l'Odeon.

Maladies des oreilles, du nez et du larynx. — Mr le Dr BARATOUX, 33, rue Saint-André-des-Arts. Mardi et samedi, de 3 1/2 à 6 heures. Les élèves sont exercés a l'examen des malades et à la pratique des diverses opérations. — Conférences cliniques sur l'otologie et la laryngologie pendant le semestre d'hiver.

Maladies du larynx et du nez. — Clinique du Dr A. CARTAZ, ancien interne des hôpitaux, 5, rue du Pont-de-Lodi, lundi, vendredi à 9 heures.

Maladies du nez, des oreilles et du larynx. — M. le Dr Henri CHATELLIER, rue des Grands-Augustins, 15. Lundi, mercredi Opérations), vendredi de 9 heures à 10 heures du matin. — Les élèves sont exercés a l'examen des malades, aux méthodes opératoires et aux recherches anatomo pathologiques.

Cours public et pratique de laryngoscopie et de rhinoscopie. — Le Dr Ch. FAUVEL a commencé ce cours à sa clinique, rue Guenégaud, 13, et le continuera les lundis et jeudis, à 10 heures. Cette clinique a surtout pour objet l'etude des maladies chirurgicales du larynx et des fosses nasales, ainsi que l'application des nouvelles methodes de traitement apportees par la laryngoscopie et la rhinoscopie. Le miroir laryngien est eclairé par la lumiere de Drummond, afin de permettre a plusieurs personnes à la fois de bien voir l'image de la région exploree. M. le Dr ARCHAMBAULT, chef de clinique, est à la disposition des assistants pour leur apprendre le maniement des instruments laryngoscopiques et rhinoscopiques.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles. — Clinique du Dr LUC, ancien interne des hôpitaux, 5, rue du Pont-de-Lodi, lundi, vendredi, a 9 heures.

Maladies des oreilles et du nez. — M. le Dr C. MIOT, 41, rue Saint-André-des-Arts. Leçons cliniques les lundis et mercredis, à midi. — Consultations les lundis, mardis, mercredis et vendredis.

Eaux minérales. — M. le Dr Max. DURAND-FARDEL fait un cours sur les *Eaux minérales et leurs applications au traitement des maladies chroniques*. Ce cours, qui commencera dans le courant de janvier, sera fait en 12 leçons, les mardis et samedis, à 5 heures, à l'amphithéâtre de l'Ecole pratique, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Clinique ophthalmologique (hospice national des Quinze-Vingts). Rue Moreau, 13, près de la Bastille. — Consultation, examen des malades et opérations tous les jours de midi à 2 heures, par M. le Dr Ch. ABADIE. Consultations les lundis, mercredis et vendredis. Opérations les mardis, jeudis et samedis. — M. le Dr TROUSSEAU. Consultations les mardis, jeudis et samedis. Opérations les lundis, mercredis, vendredis.

Maladies des yeux. — M. le Dr DEHENNE, 24, rue Monsieur-le-Prince. Les lundis et samedis, leçons cliniques à 2 heures. Le samedi sera plus spécialement consacré aux examens ophthalmoscopiques. Les cours reprendront le lundi 12 novembre et se continueront les lundis et samedis suivants.

Maladies des yeux. — Clinique du Dr DUBOYS DE LAVIGERIE, 76, rue St-Dominique. Leçons cliniques et théoriques les mardis et vendredis de chaque semaine, à 2 heures, sur les maladies des yeux et la chirurgie oculaire. — Leçons pratique par le Dr A. Leroy sur l'ophtalmométrie, la réfraction et l'ophtalmoscopie.

Conférences publiques sur l'Oculistique. — M. le Dr FANO, agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, continue ses conférences tous les lundis, à 1 heure de l'après-midi, à la clinique de l'INSTITUT OPHTALMIQUE de la rue d'Abbeville. Il traitera du diagnostic et du traitement des affections oculaires.

Clinique ophthalmologique du Dr GALEZOWSKI, 26, rue Dauphine. — Les conférences cliniques sur les maladies des yeux ont lieu tous les jours, de 1 h. à 3 h , excepté les jeudis. Les lundis, les jeudis et les samedis sont consacrés aux opérations, et à l'étude des maladies externes des yeux ; les mercredis à l'examen ophthalmoscopique, et les vendredis à la réfraction et à l'accommodation de l'œil. — Pendant le semestre d'hiver de 1888-1889, le Dr GALEZOWSKI fera un cours public sur les maladies des yeux à l'Ecole pratique de la Faculté, le mardi de chaque semaine. Ce cours comprendra une étude sur les affections syphilitiques des différentes membranes de l œil, ainsi que des organes centraux visuels.

Ophthalmologie. (*Médecine opératoire*). — M. le Dr GILLET DE GRANDMONT. Les élèves sront exercés à la pratique des opérations. Ce cours commencera le 14 novembre à 8 heures du soir, amphithéâtre n° 3, et il sera continué les vendredis et lundis suivants à la même heure. — Le Dr Gillet de Grandmont fait aussi un cours pratique tous les jours à sa clinique, 21, rue de l'Ancienne-Comédie, de 1 heure à 3 heures.

Ophthalmologie. — M. le Dr LANDOLT fera ses opérations et ses conférences cliniques le mercredi et le samedi, de 1 h. à 2 h., à sa clinique, 27, rue Saint-André-des-Arts. — Il fera, de plus, pendant le second semestre, un cours pratique de « chirurgie oculaire » à l'Ecole pratique de la Faculté.

Maladies des yeux. — Clinique du Dr Edouard MEYER, 13, rue Saint-Guillaume (boulevard St-Germain, 200). — Consultations et policlinique tous les jours, à 1 h. Conférences cliniques et opérations les mercredis et samedis. — Cours particuliers par les Drs Caudron et Debierre, chefs de clinique.

Maladies des yeux — M. le Dr PARINAUD. Clinique, 50, avenue de Clichy. Consultations tous les jours à 1 heure. Conférences et demonstrations le mardi et le vendredi. — Cabinet d'ophthalmologie de la Salpêtrière, service de M. Charcot, le mercredi à 9 heures.

Maladies de l'appareil urinaire. — M. le Dr H. PICARD commencera son cours le mardi 13 novembre, à 5 h., amphithéatre n° 1 de l'Ecole pratique et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

Maladies des voies urinaires. — M. le Dr J. A. FORT, ex-interne des hôpitaux, ancien professeur libre d'anatomie à l'Ecole pratique de la Faculte, commencera sa clinique le jeudi 15 novembre 1888, à 9 h., rue Dauphine, n° 16 Des consultations gratuites seront données tous les mardis, jeudis et samedis, de 9 h. à 11 h., à partir du 15 novembre.

Technique microscopique (*Manipulations pratiques*). — Ce cours particulier a lieu d'une facon permanente, tous les jours, de 4 à 6 heures, dans le laboratoire du Dr LATTEUX, 5, rue du Pont-de-Lodi. Essentiellement pratique, il est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter toutes les manipulations micrographiques et de leur permettre de faire les analyses qu'exige journellement la pratique médicale. Pour cela, ils sont exerces *individuellement* et répètent *eux-mêmes* toutes les expériences. Le cours comprend l'étude des tissus sains et des principaux tissus pathologiques, ainsi que les manipulations de technique proprement dite (montage des préparations, dissections fines, injections histologiques, coupes fines, recherches des bacilles, etc.). Chaque élève prépare une collection de

pièces microscopiques, qui lui servent de types et qu'il emporte, comme preuve de son travail, le cours terminé. Le cours comprend trente leçons. Les microscopes et les instruments nécessaires sont à leur disposition. — On s'inscrit chez le Dr LATTEUX, 17, rue du Louvre, de une heure à 2 heures. Leçons particulières.

Cours de chimie. — M. Philippe LAFFON, ex-interne en pharmacie des hopitaux de Paris, fera un cours pratique permanent de chimie et de micrographie médicales appliqué à la clinique, à l'hygiène et à la thérapeutique. On s'inscrit au laboratoire, 7, rue des Saints-Pères.

Clinique ophtalmoscopique du Dr DE WECKER, 55, rue du Cherche-Midi. — Cours cliniques par le Dr de Wecker, les lundi, mercredi et vendredi, de 3 à 5 heures. Cours particuliers d'ophtalmoscopie, de réfraction et de chirurgie oculaires par le Dr Masselon, premier chef de clinique.

Maladies de la peau. — Clinique du Dr H. FOURNIER, tous les mardis à 4 h. 1/2, 24, rue de Lévis (Batignolles).

COLLÈGE DE FRANCE.

Cours d'anatomie générale. — M. RANVIER, professeur, fera son cours les mercredis et vendredis, à 5 heures. Il traitera : des éléments et des tissus du système conjonctif. Des démonstrations pratiques seront faites par le professeur, aidé de M. SUCHARD, préparateur.

Laboratoire d'histologie (dépendant de l'Ecole pratique des hautes études). — M. RANVIER, directeur ; M. MALASSEZ, directeur-adjoint ; MM. DARIER, VIGNAL, répétiteurs. Ce laboratoire est surtout destiné aux personnes qui veulent faire des recherches originales, soit en histologie normale, soit en histologie pathologique. Il est fait de plus par MM les répétiteurs un cours particulier de technique histologique dont la durée est de deux mois. On s'inscrit au laboratoire chaque jour de la semaine, de 2 à 4 heures.

Cours de médecine expérimentale. — M. BROWN-SÉQUARD, professeur, en congé, sera remplacé cet hiver par M. D'ARSONVAL. Le Laboratoire de M. Brown-Séquard n'est pas public.

Laboratoire de physique biologique. — M. D'ARSONVAL, directeur ; n'est pas public.

Cours d'histoire naturelle des corps organisés. — M. MAREY, professeur en congé, sera remplacé cet hiver par M. FRANÇOIS FRANCK qui traitera de la sensibilité et de ses réactions à l'état normal et pathologique, les lundis et mercredis à 3 h. 1/2.

Laboratoire de physiologie (Ecole pratique des hautes études). — M. MAREY, directeur ; M. FRANÇOIS-FRANCK, directeur-adjoint. Ce laboratoire est un laboratoire de recherches, surtout destiné aux personnes qui, ayant déjà quelque habitude des manipulations physiologiques, veulent étudier les phénomènes de la circulation et du mouvement, au moyen des appareils enregistreurs.

Cours d'embryogénie comparée. — M. BALBIANI, professeur Des démonstrations pratiques seront faites à la fin du cours par le professeur, aidé de M. HENNEGUY, préparateur.

Cours de chimie organique. — M. BERTHELOT, professeur.

Cours de chimie minérale. — M. SCHÜTZENBERGER, professeur.

Les laboratoires de MM Berthelot et Schützenberger sont uniquement des laboratoires de recherches.

Les cours du Collège de France ne commencent que dans les premiers jours de décembre ; nous compléterons, en temps voulu, s'il y a lieu, les indications sus-énoncées.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS.

Cours du premier Semestre. (*Hiver* 1888-89).

Les cours de la Faculté ont été ouverts le lundi 7 novembre 1888, à la Sorbonne.

Géométrie supérieure : Les mercredis et vendredis, à 10 h. 1/2, M. G. DARBOUX, professeur, a ouvert ce cours le mercredi 7 novembre. Il traitera de la théorie des lignes géodésiques et de celle des surfaces applicables sur une surface donnée. — *Calcul différentiel et Calcul intégral* : Les lundis et jeudis, à 8 h. 1/2. M. PICARD, professeur, a ouvert la première partie de ce cours le lundi 5 novembre Il exposera les principes généraux du Calcul différentiel et du Calcul intégral et étudiera quelques-unes de leurs applications analytiques et géométriques. — *Mécanique rationnelle* : Les mercredis et vendredis, à 8 h. 1/2. M. APPELL, professeur, a ouvert la première partie de ce Cours le mercredi 7 novembre. Il traitera de la composition des forces et des lois générales de l'équilibre et du mouvement. — *Astronomie mathématique et mécanique céleste* : Les mardis et samedis, à 10 h. 1/2. M. TISSERAND, professeur, a ouvert ce Cours le mardi 6 novembre Il traitera de l'attraction et de la figure des corps célestes. — *Calcul des probabilités et Physique mathématique* : Les lundis et jeudis, à 10 h. 1/2. M. POINCARÉ, professeur, a ouvert ce cours le lundi 5 novembre. Il traitera dans le premier semestre de la thermodynamique et dans le second de la Capillarité. — *Mécanique physique et expérimentale* : Les mardis et samedis, à 8 h. 1/2. M BOUSSINESQ, professeur, a ouvert la première partie de ce cours le mardi 6 novembre. Il appliquera les principes généraux de la mécanique physique aux solides naturels et aux fluides. Dans le second semestre, il étudiera les semi-fluides (corps plastiques et masses pulvérulentes). — *Physique* : Les mardis et samedis, à 1 h. 1/2. M. BOUTY, professeur, a ouvert ce Cours le mardi 6 novembre. Il traitera de la thermodynamique, du magnétisme et de l'électro-magnétisme. Des manipulations et des conférences qui sont dirigées pendant toute l'année par le professeur commenceront dans la seconde quinzaine de novembre. — *Chimie* : Ce cours aura lieu rue Michelet, n° 3. Les lundis et jeudis, à 1 h. ; M. TROOST, professeur, a ouvert ce Cours le lundi 5 novembre. Il exposera les lois générales de la chimie et les principes de la thermochimie ; il fera l'histoire des métalloïdes et de leurs principales combinaisons. Des manipulations, qui sont dirigées pendant toute l'année par le professeur, commenceront dans la seconde quinzaine de novembre. — *Chimie* : Ce Cours aura lieu rue Michelet, n° 3 : Les mercredis et vendredis à 2 h. 1/2. M. N..., professeur. L'ouverture de ce Cours sera annoncée par une affiche particulière. — *Chimie biologique* : Les mardis et jeudis, à 2 h. 1/2. M. DUCLAUX, professeur, fera l'étude théorique et pratique de la fermentation alcoolique. Fabrication des vins et des bières. L'ouverture de ce Cours sera ultérieurement annoncée. — *Zoologie, Anatomie, Physiologie comparée* : Les mardis et samedis, à 3 h. 1/2, M. Yves DELAGE, professeur, a ouvert ce cours le mardi 6 novembre. Il exposera la troisième partie du Cours. Il étudiera les mollusques, les échinodermes, les cœlentérés et les protozoaires. — *Physiologie* : Ce cours aura lieu rue de l'Estrapade, n° 18. Les lundis et vendredis à 3 h. 1/2. M. DASTRE, professeur, a ouvert ce cours le lundi 5 novembre. Il traitera au point de vue expérimental des fonctions de circulation et de respiration. Les expériences qui ne trouveront point place dans la leçon seront reproduites dans une conférence pratique le jeudi.

Professeurs adjoints : MM. WOLF, CHATIN et JOLY.

Cours Annexes.

Géographie physique : Le mercredi, à 2 heures, M. VELAIN, maître de conférences, chargé du cours. Il a ouvert ce Cours le mercredi 7 novembre. Après avoir exposé les principaux traits de la répartition des continents et des océans, il traitera des conditions générales du relief terrestre, des causes qui président à sa diversité, du mode d'action des agents extérieurs qui s'appliquent sans cesse à le modifier, et terminera par une études des conditions physiques et physiologiques de l'époque actuelle. — *Chimie analytique* : M. RIBAN, maître de conférences, chargé du Cours, traitera de l'analyse quantitative.

Conférences.

Les conférences annuelles commenceront le lundi 14 novembre. Les étudiants n'y sont admis qu'après s'être inscrits au secrétariat de la Faculté et sur la présentation de leur carte d'entrée.

Sciences mathématiques : M. RAFFY, maître de conférences, fera des conférences sur le Calcul différentiel et le Calcul intégral, les lundis et vendredis, à 3 heures (salle du rez-de-chaussée, escalier n° 2). — M. P. PUISEUX, maître de conférences, fera des conférences sur la mécanique et l'astronomie, les mercredis et samedis, à 3 heures (salle du rez-de-chaussée, escalier n° 2). — M. KŒNIGS, docteur ès sciences, fera des Conférences aux candidats à l'agrégation des sciences mathématigues (Amphithéâtre de mathématiques], les mercredis, à 1 h. 1/2, et les jeudis, à 4 h. 3/4. — *Sciences physiques* : M. MOUTON, maître de conférences, fera des conférences de physique les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, à 9 heures, dans le laboratoire d'enseignement de physique. — M. PELLAT, maître de conférences, fera des leçons sur les phénomènes électrostatiques et divers autres sujets de physique indiqués par MM. les professeurs BOUTY et LIPPMANN ; ces conférences auront lieu les lundis et jeudis, à 4 heures, dans l'amphithéâtre de physique. Les conférences d'agrégation auront lieu les jeudis et les vendredis, à 8 heures (laboratoire d'enseignement de physique). M. JOLY, professeur-adjoint, fera, les mardis et samedis, à 10 h. 1/2, des conférences sur des sujets indiqués par MM. les professeurs Troost et N..., salle du rez-de-chaussée, escalier n° 2). — Les conférences d'agrégation auront lieu les lundis et les jeudis, à 5 heures, dans le laboratoire. — M. SALET, maître de conférences, fera, les mardis et samedis, dans la salle des Conférences, à 3 h. 1/2, des conférences sur différents points de chimie organique. — M. RIBAN, maître de conférences, fera une conférence d'Analyse qualitative, le vendredi, à 11 heures, au laboratoire de la rue Michelet : les travaux ont lieu tous les jours de 9 heures à midi et de 1 heure à 5 heures. — Les manipulations pour la licence les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, à 9 heures. — Manipulations de chimie, le mercredi, pour les candidats à l'agrégation, de 1 heure à 5 heures le jeudi, de 1 heure à 5 heures, pour les professeurs des collèges. — M. JANNETAZ maître de conférences, fera des conférences sur la minéralogie, les mardis et samedis, à 8 heures et demie, dans le laboratoire de

[illegible] *[illegible]les* : M. [illegible] professeur adjoint [illegible], à [illegible] l'amphithéâtre [illegible] de relation. — [illegible] l'amphithéâtre [illegible] 1/2 (Amphithéâtre d'histoire naturelle) [illegible] sur des sujets indiqués par M. le professeur [illegible]. — M. Vesque, maître de Conférences [illegible], les lundis et les [illegible]. — M. Velain, maître [illegible] les lundis [illegible] des [illegible] par M. le professeur [illegible]. — Les travaux pratiques auront lieu [illegible] — [illegible] géographie physique.

[illegible] MM. [illegible]

[illegible] des Cours et des conférences.

Lundi : [illegible] (Hist. Natur.), 8 h. 1/2 ; Mouton [illegible], 9 h. ; Velain [illegible] A[illegible] Hist. natur. [illegible]; Vesque [illegible] (Salle des Conférences) [illegible] Michelet, [illegible] 1 h. ; Raffy (Lic. [illegible]) [illegible] (rue Michelet, 3) ; Dastre (rue [illegible]) [illegible] (Lic., Amph. de physique), 1 h. ; [illegible] — *Mardi* : MM. Boussinesq [illegible] ; [illegible]taz (Laboratoire de [illegible]) ; [illegible] (Amph. de Mathémat.), 10 h. 1/2 ; [illegible] ; Velain (Salle des Conférences) [illegible] (Amph. de Physique), 1 h. 1/2 ; [illegible] (Amph. d'Hist. nat.), [illegible] h. 1/2 ; Sallet (Salle des Conférences) [illegible] — [illegible] MM. Appell (Amph. d'Histoire [illegible]) [illegible] de Physique, 9 h. ; Riban [illegible] (Amph. de Mathémat.), 10 h. 1/2 ; [illegible] amph. de Mathém. [illegible] (Lic., rez-de-ch. [illegible]) — [illegible] MM. [illegible] (Labor. de Phys.) [illegible] Laborat. de [illegible] (Salle des Conférences) [illegible] 10 h. ; Poincaré (Amph. de [illegible]) ; [illegible] (Salle des Conférences) [illegible] (rue Michelet, 3), 1 h. ; [illegible] 2 h. 1/2 ; [illegible] (Amph. de Physique) [illegible] Laboratoire [illegible] — MM. [illegible] 8 h. ; Appell (Amph. d'Histoire naturelle) [illegible] (Laborat. de Physique), [illegible] ; Prenant (Amph. d'Hist. naturelle) [illegible] (Amph. de Mathémat.) [illegible] ; Riban (rue Michelet, [illegible]) ; [illegible] (rue Michelet, [illegible]) ; Raffy (rez-de-ch. [illegible]) [illegible] 1/2 : — *Samedi* : MM. [illegible] (Hist. naturelle) [illegible] 1/2 ; Boussinesq [illegible] 1/2 ; [illegible] (Laboratoire de [illegible]) ; [illegible] (Amph. de Mathémat.) 10 h. 1/2 ; [illegible] (Amph. de Physique) [illegible] ; Y. Delage (Amph. d'Hist. naturelle), [illegible] ; [illegible] (Salle des Conférences) [illegible].

[illegible] seront professés pendant le second semestre.

[illegible] d'Algèbre supérieure par M. Hermite ; — de calcul intégral [illegible] ; — d'astronomie physique, par M. O. B[illegible] ; — de [illegible] par M. Appell ; — de physique mathématique [illegible] — de mécanique physique et expérimentale [illegible] des corps plastiques et masses pulvérulentes [illegible] — de physique, seconde partie, par M. Lippmann ; — [illegible] composés de la série grasse, par M. Friedel ; — [illegible] ; — de zoologie, anatomie [illegible] par M. de L[illegible] ; il traitera [illegible] ; — de botanique [illegible] physiologie des végétaux ; — [illegible] la constitution [illegible] M. [illegible] d'analyse quantitative, par M. [illegible], chargé du cours.

[illegible] doivent s'inscrire au [illegible]

[illegible] juillet 1888. Le registre des inscriptions [illegible] pour la licence sera ouvert au secrétariat de la Faculté [illegible] brc, janvier, avril et juillet. — Les [illegible] auront lieu : la première [illegible] 1887, la deuxième du 1er au 31 juillet 1888. Les candidats [illegible] secrétariat de la Faculté. L'inscription est [illegible] jours [illegible] l'ouverture de la session.

ENSEIGNEMENT DE L'ANTHROPOLOGIE.

I. *École d'anthropologie.* — Au siège de la Société d'Anthropologie, 15, rue de l'École-de-Médecine. — [illegible] Ouverture des cours le lundi 5 novembre à [illegible] 1/2 heures.

Anthropologie [illegible] comparée. — Professeur : Mathias Duval, le [illegible] 1888, à [illegible] heures, et les [illegible] suivants. — [illegible]

Anthropologie [illegible]. — Professeur : [illegible], le mardi [illegible] novembre 1888, à [illegible] heures, et les mardis suivants. — Anatomie comparée [illegible].

Anthropologie [illegible]. — Professeur : M. [illegible], le [illegible] 1888, à [illegible] heures [illegible] — [illegible]

[illegible] — Professeur : M. [illegible]. — [illegible] programme du cours.

Anthropologie préhistorique. — Professeur : M. Gabriel de Mortillet, le [illegible] 1888, [illegible] 1/2 [illegible] et les [illegible] suivants. — [illegible]

Anthropologie [illegible]. — Professeur : M. [illegible], le vendredi [illegible] novembre 1888, à [illegible] heures, et les vendredis suivants. — [illegible]

[illegible] — Professeur : M. [illegible], le [illegible] novembre 1888, à [illegible] heures, et les [illegible] suivants. — [illegible]

[illegible] — Professeur : M. [illegible] le [illegible] 1888, à [illegible] 1/2, et les [illegible] suivants. — [illegible] ; Maladies parasitaires.

Les cours sont publics. La Bibliothèque et le Musée d'Anthropologie (Musée Broca) sont ouverts aux [illegible] des cours [illegible] les lundis, mercredis et vendredis, de 2 heures à 4 heures.

II. *Société d'Anthropologie.* — Cette Société tient [illegible] publiques [illegible] de chaque mois, à [illegible] heures [illegible] — [illegible] Elle possède une bibliothèque ouverte au public les lundis, mercredis et vendredis, de [illegible] à 5 heures. Président pour 1887 : [illegible]. — Secrétaire général : [illegible]. — [illegible]

Musée Broca. — [illegible] Il comprend environ [illegible] — [illegible] les lundis, mercredis et vendredis, de 2 heures à [illegible] heures. — [illegible]

III. *Laboratoire d'Anthropologie.* — [illegible]

Le laboratoire d'anthropologie est ouvert gratuitement aux docteurs français et étrangers ainsi qu'aux étudiants qui désirent y faire des recherches anatomiques pour la préparation des thèses de doctorat en médecine ou ès sciences naturelles. Des conférences techniques y sont faites aux personnes qui veulent s'initier aux recherches anthropologiques, et le personnel se met également à la disposition des investigateurs qui ont besoin de renseignements. Enfin, des instructions sont données aux voyageurs et missionnaires scientifiques. — Directeur: Prof. *Mathias Duval*. — Adjoint : *Dr Topinard*. — Préparateurs : *Th. Chudzinski* et *Dr L. Manouvrier*.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE.

Programme des cours pour. Année 1888-1889).

Cours du premier semestre.

Cours de chimie appliquée aux corps inorganiques. — M. Frémy, professeur. — Le professeur ouvrira son cours de Chimie expérimentale le 15 novembre 1888, et le continuera tous les jours, de midi à cinq heures.

Cours de physique végétale. — M. Georges Ville, professeur. — Le cours comprendra deux parties : Dans la première, le professeur traitera des conditions physiques et chimiques qui déterminent la production des végétaux. — Dans la seconde, le professeur fera l'histoire des travaux qui ont été publiés depuis 1836 sur la part que l'azote atmosphérique prend dans la nutrition végétale et sur les applications qui en dérivent ; puis il s'occupera des modes de culture les plus propres à porter le rendement de la betterave, des pommes de terre et des céréales à la limite la plus élevée. Ce cours aura lieu les Mardis et Samedis à trois heures et quart.

Cours de botanique. — (Organographie et physiologie végétale) M. Ph. Van Tieghem, professeur. — Le professeur traitera de l'anatomie des plantes vasculaires. Ce cours aura lieu les Mardis, Jeudis et Samedis, à huit heures et demie.

Cours d'anatomie comparée. — M. G. Pouchet, professeur. — Le professeur exposera l'organisation des Ichthyopsides et des Sauropsides.

Les leçons auront lieu les Mardi, Jeudi et Samedi de chaque semaine, à neuf heures trois quarts du matin, dans le laboratoire d'anatomie comparée, 55, rue de Buffon.

Cours de zoologie: Reptiles, Batraciens et Poissons. M. Léon Vaillant, professeur. — Le professeur traitera de l'organisation, de la physiologie et de la classification des Poissons (deuxième partie du cours), en s'attachant à faire connaître les applications à l'économie domestique, l'industrie, etc. Les leçons auront lieu les Mardis, Jeudis et Samedis, à une heure. Elles seront complétées par des Conférences pratiques.

Cours de zoologie : Animaux articulés. M. Emile Blanchard, professeur. — Le professeur traitera de l'organisation, des mœurs, des métamorphoses et de la classification des Insectes, des Arachnides et des Crustacés. Il montrera combien l'étude des phénomènes de la vie chez les animaux articulés fait jaillir des clartés à l'égard des grandes fonctions physiologiques. Dans une partie du cours, il présentera quelques aperçus touchant l'application de l'histoire naturelle à la géographie physique et à l'histoire du globe. Les leçons auront lieu les Lundis, Mercredis et Vendredis, à une heure.

Cours de zoologie : Annélides, mollusques et zoophytes. M. Edmond Perrier, professeur. — Le professeur exposera l'Histoire des Vers parasites et des Vers annelés. Ce cours aura lieu les Mercredis et les Samedis, à deux heures et demie.

Cours de culture. — M. Maxime Cornu, professeur. — Le professeur traitera des plantes cultivées. Ce cours aura lieu les Mercredis et Vendredis, à neuf heures.

Cours de pathologie comparée. — M. Chauveau, professeur. — Le professeur examinera les questions actuelles de Physiologie pathologique générale. Ce cours aura lieu les Mercredis et Vendredis, à deux heures.

Cours du second Semestre.

Cours de chimie appliquée aux corps organiques. — M. Chevreul, professeur. — Le professeur commencera ce cours dans le courant du mois de mai. Ce cours aura lieu les Lundis, Mardis et Jeudis, à cinq heures et demie. Application des connaissances chimiques à la physiologie des plantes et des animaux. Animaux au point de vue de la nutrition, préparation des aliments. Notions sur la conserve. Poissons, virus, médicaments. Plantes au point de vue de la physiologie, assimilation du carbone. Considérations du sol. Fumiers, préparation. Amendements et engrais considérés au point de vue complémentaire. Engrais dits chimiques; ce qu'ils sont réellement.

Cours de physique appliquée à l'Histoire naturelle. — M. Ed. Becquerel, professeur. — Le professeur traitera de la lumière dans ses rapports avec les phénomènes physiques, chimiques et physiologiques. Ce cours aura lieu les Lundis, Mercredis et Vendredis, à une heure.

Cours de géologie. — M. Daubrée, professeur. — Le professeur traitera des faits fondamentaux de la géologie et spécialement du métamorphisme et des phénomènes mécaniques dont l'écorce terrestre présente les effets. Il exposera aussi les principes et les faits généraux de la géologie comparée. Ce cours aura lieu les Mardis et Samedis à quatre heures et quart.

Cours de minéralogie. — M. Des Cloizeaux, professeur. — Après avoir exposé les propriétés générales des minéraux et les principes qui servent de base à leur classification, le professeur fera l'histoire des espèces comprises dans la classe des Métaux. Ce cours aura lieu les Mercredis et Vendredis, à quatre heures trois quarts. Des conférences auront lieu le Jeudi.

Cours de physiologie végétale appliquée à l'agriculture. — M. Dehérain, professeur. — Le professeur traitera du développement des végétaux : Germination; assimilation du carbone, de l'azote, des matières minérales; respiration; formation des principes immédiats; mouvement de l'eau dans la plante; transpiration, maturation des plantes herbacées et des fruits. Les méthodes analytiques employées dans les recherches de physiologie végétale seront l'objet de démonstrations pratiques dans le laboratoire, rue de Buffon, 63; elles auront lieu immédiatement après les leçons d'amphithéâtre. Ce cours aura lieu les Mardis et Samedis à deux heures.

Cours de botanique (classifications et familles naturelles). — M. Ed. Bureau, professeur. — Le professeur traitera des familles de plantes monocotylédones. Il examinera dans chaque famille les types actuellement vivants et ceux qui ont laissé des traces à l'état fossile. Ce cours aura lieu les Mardis et Samedis, à midi et demi. Des herborisations font partie du cours et seront annoncées par des affiches spéciales.

Cours de zoologie. Mammifères et oiseaux. — M. A. Milne-Edwards, professeur. — Ce cours portera sur l'organisation et la classification des mammifères. Il aura lieu pendant le semestre d'été les Lundis, Mercredis et Vendredis, à une heure, dans la salle des cours de zoologie. Il sera complété par des conférences faites dans le laboratoire ou dans la ménagerie et indiquées par des affiches spéciales.

Cours de physiologie générale. — M. Rouget, professeur. — Le professeur continuera l'étude de la nutrition chez les végétaux et les animaux. Formation, entretien et reproduction des éléments des tissus. Les mouvements et la sensibilité. Ce cours aura lieu les Mardis, Jeudis et Samedis, à quatre heures et demie.

Cours de paléontologie. — M. A. Gaudry, professeur. — Le professeur traitera des fossiles des terrains jurassiques et crétacés. Ce cours aura lieu les Mercredis et Vendredis, à trois heures et demie.

Cours d'anthropologie. — M. de Quatrefages, professeur. — Le professeur poursuivra l'examen des questions générales de l'Anthropologie. Ce cours aura lieu les Mardis, Jeudis et Samedis, à trois heures.

Cours de dessin appliqué à l'histoire naturelle. — M. Fremiet, pour les *Animaux*. Ce cours, qui se fait pendant le second semestre, aura lieu les Lundis, Mercredis et Vendredis, à trois heures.

— M. A. Faguet, pour les *Plantes*. L'ouverture de ce cours, qui dépend de la marche de la saison, sera annoncée par une affiche particulière. Il aura lieu les Mardis, Jeudis et Samedis, à 3 heures.

La bibliothèque du Muséum est ouverte aux lecteurs, de 10 à 4 heures, tous les jours, excepté les Dimanches et Jours fériés.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE.

Année scolaire 1888-1889. — *Cours du premier semestre.*

Directeur honoraire : M. Chatin.

Professeurs honoraires : MM. Berthelot et Chatin.

Zoologie : M. A. Milne-Edwards, professeur, mardi, jeudi et samedi, à midi 1/2. Zoologie, Anatomie et Physiologie. Amphithéâtre du Sud. — *Histoire naturelle des médicaments* : M. Planchon, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 4 h. 1/2. Produits fournis par les familles depuis les Cryptogames jusqu'aux Labiées. Amphithéâtre du Nord. — *Chimie minérale* : M. Riche, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 4 h. 1/2. Généralités de la chimie. Métaux. Amphithéâtre du Nord. — *Physique* : M. Le Roux, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 2 h. 1/4. Propriétés générales des corps. Hydrostatique. Chaleur. Électricité. Amphithéâtre du Sud. — *Pharmacie galénique* : M. Bourgoin, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 9 h. Opérations pharmaceutiques. Médicaments internes et externes. Amphithéâtre du Sud. — *Chimie analytique* : [illegible] M. Villiers, agrégé, lundi, mercredi, vendredi, à 10 h. Analyse qualitative et quantitative des matières médicales. Amphithéâtre du Nord.

Travaux pratiques. — La haute direction des travaux pratiques appartient à MM. les professeurs : Riche, pour la chimie générale; Jungfleisch, pour la chimie analytique; [illegible] pour la micrographie. M. Leidié, chef des travaux chimiques de 1re année. M. Lextrait, chef des travaux chimiques de 2e année. M. Hérail

ehcf des travaux micrographiques. — 3e année : *Micrographie*. Lundi, mercredi et vendredi, de 1 à 4 heures 1/2. Laboratoires. — 4e année : Les candidats au diplôme supérieur, élèves de 4e année, sont autorisés à participer, dans les différents laboratoires de l'Ecole, et d'une manière permanente, à tous les travaux et exerciees utiles à leurs études.

Tableau des jours et heures des cours du 1er semestre. Lundis : MM. PLANCHON, 4 h. 1/2 ; BOURGOIN, 9 h.; VILLIERS, 10 h. — Mardis : MM. A. MILNE-EDWARDS, midi 1/2; RICHE, 4 h. 1/4.; LEROUX, 2 h. 3/4. — Mercredis : MM. PLANCHON, 4 h. 1/2; BOURGOIN, 9 h.; VILLIERS, 10 heures. — Jeudis : MM. A. MILNE-EDWARDS, midi 1/2 ; RICHE, 4 h. 1/4 ; LEROUX, 2 h. 3/4. — Vendredis : MM. PLANCHON, 4 h. 1/2; BOURGOIN, 9 h.; VILLIERS, 10 h; — Samedis : MM. A. MILNE-EDWARDS, midi 1/2; RICHE, 4 h. 1/4; LEROUX, 2 h. 3/4.

Cours du second semestre.

Chimie organique : M. JUNGFLEISCH, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 4 h. 1/2. Première partie du cours. Généralités. Carbures d'hydrogène. Alcools, éthers, aldéhydes. Amphithéâtre du Nord. — *Hydrologie et histoire des minéraux :* M. BOUCHARDAT, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 9 h. Minéralogie. Amphithéâtre du Sud. — *Botanique cryptogamique :* M. MARCHAND, professeur, mardi, jeudi et samedi, à midi 1/2. Généralités. Cryptogames sans chlorophylle. Champignons. Amphithéâtre du Nord. — *Pharmacie chimique :* M. PRUNIER, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 9 h. Etude des composés minéraux usités en pharmacie. Amphithéâtre du Sud. — *Toxicologie*. M. MOISSAN, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 3 h. 1/2. Toxicologie chimique. Cours complet. Amphithéâtre du Nord — *Botanique générale :* M. GUIGNARD, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 10 h. Etude des Familles végétales. Amphithéâtre du Nord.

Travaux pratiques. — La haute direction des travaux pratiques appartient à M. le professeur RICHE, pour la chimie générale. M. le professeur JUNGFLEISCH, pour la chimie analytique. M. le professeur LEROUX, pour la physique. M. le professeur GUIGNARD, pour la micrographie. M. LEIDIE, chef des travaux chimiques, 1re année. *Chimie*. Lundi, mercredi, vendredi, de 1 h. à 4 h. 1/2, au Laboratoire. — M. HÉRAIL, chef des travaux micrographiques, 2e année. *Micrographie*. Lundi, mercredi et vendredi, de 1 h. à 4 h. 1/2, au Laboratoire. 2e année. *Physique*. Jeudi et samedi, de 1 h 1/2 à 4 h. 1/2. au Laboratoire. — M. LEXTRAIT, chef des travaux chimiques, 3e année. *Chimie*. Lundi, mercredi et vendredi, de 1 h. à 4 h. 1/2, au Laboratoire. — 4e année. Les candidats au diplôme supérieur sont admis à partieiper à tous les travaux et exercices utilesà leurs études. — 1re, 2e et 3e années : *Herborisations*, par MM. les professeurs de botanique.

Tableau des jours et heures des cours du 2e semestre. Lundis, MM. JUNGFLEISCH, 4 h. 1/2 ; BOUCHARDAT, 9 h. — Mardis : MM. PRUNIER, 9 h.; MARCHAND, midi 1/2; MOISSAN, 3 h. 1/2; GUIGNARD, 10 h. ; Mercredis : MM. JUNGFLEISCH, 4 h. 1/2 ; BOUCHARDAT, 9 heures. — Jeudis : MM. PRUNIER, 9 h. ; MARCHAND, midi 1/2 ; MOISSAN, 3 h. 1/2 ; GUIGNARD, 10 h. — Vendredis : MM. JUNGFLEISCH, 4 h. 1/2 ; BOUCHARDAT, 9 h.; — Samedis : MM. PRUNIER 9 h.; MARCHAND, midi 1/2; MOISSAN, 3 h. 1/2.; GUIGNARD, 10 heures.

Dispositions générales.

Les études en vue de l'obtention des diplômes de pharmacien de 1re et de 2e classe durent six années, savoir : trois années de stage dans une officine et trois années de scolarité.

Le décret du 26 juillet 1885 règle comme il suit les conditions du stage et de la scolarité.

Stage. — Le stage officinal est constaté au moyen d'inscriptions délivrées au Secrétariat de l'Ecole.

Pour être admis à prendre la première inscription, le stagiaire doit avoir *seize* ans accomplis : il produira : en vue de la 1re classe, le diplôme de bachelier ès-sciences ou ès-lettres complet ou de l'enseignement secondaire spécial ; en vue de la 2e classe, le certificat d'études institué par le décret du 30 juillet 1886 et obligatoire depuis le 1er novembre 1887.

L'inscription a lieu, dans le délai de quinzaine, sur la production d'un certificat de présence delivré par le titulaire de l'officine à laquelle le stagiaire est attaché ; toute période de stage irrégulièrement constatée est considérée comme nulle.

L'inscription doit être renouvelée tous les ans, au mois de juillet, et régularisée à chaque changement d'officine par l'eleve.

L'élève stagiaire qui néglige pendant trois ans, pour une cause autre que celle du service militaire, de prendre des inscriptions, perd le bénéfice de l'inscription prise anterieurement et correspondant à une année de stage. — Le stagiaire acquitte un droit fixe de *un franc* par inscription.

Les stagiaires de 1re et de 2e classe qui justifient de trois années régulières de stage subissent un *examen de validation*, dont le programme est déterminé, devant un jury spécial qui siège à l'Ecole deux fois par an, aux mois de juillet-août et de novembre. La deuxième session annuelle s'ouvrira le mercredi 3 novembre 1888.

Aucun candidat ne peut se présenter pour l'examen de validation devant deux établissements différents pendant la même session. En cas d'infraction à cette disposition, le candidat peut être exclu à temps ou à toujours de toutes les Ecoles de Pharmacie.

Immatriculation. — L'élève qui commence ses études à l'Ecole doit déposer au secrétariat : 1° son acte de naissanee ; 2° le certificat d'examen de validation de stage ; 3° pour la 1re classe, l'un des diplômes de bachelier exigés ; pour la 2e classe, l'un des certificats d'étude ou de grammaire completé prévus par les décrets du 26 juillet 1885 et du 30 juillet 1886 ; 4° s'il est mineur, le consentement de son père ou tuteur l'autorisant à suivre les études pharmaceutiques.

Les élèves sont tenus, en entrant, d'écrire eux-mêmes, sur un registre spécial, leurs noms, prénoms, date et lieu de naissance, leur adresse exacte et celle de leur famille. Chaque changement de résidence fera l'objet d'une nouvelle déclaration. L'élève qui fait une fausse déclaration est passible de la perte d'une ou de deux inscriptions.

Inscriptions de scolarité. — Les inscriptions de scolarité sont au nombre de douze. Elles sont délivrées, pendant la première quinzaine de chaque trimestre, aux jours et heures déterminés par le reglement intérieur de l'Ecole.

La première inscription doit être prise au trimestre de novembre. Les élèves ne peuvent prendre leurs inscriptions par correspondance ni par mandataire.

En vertu de l'article 27 du décret du 30 juillet 1883, tout etudiant qui, sans motifs jugés valables par l'Ecole, néglige *pendant deux ans* de prendre des inscriptions et de subir aucune épreuve, perd le bénéfice des inscriptions prises depuis la dernière épreuve subie avec succès. Le temps passé sous les drapeaux n'est pas compté dans le delai de péremption.

En aucun cas, les inscriptions de 2e classe ne peuvent être converties en inscriptions de 1re classe pour les élèves en cours d'études. Cette conversion peut être autorisee en faveur des pharmaciens de 2e classe qui ont exercé la pharmaeie pendant un an au moins.

Travaux pratiques obligatoires. — Pendant les trois années de la scolarité, les élèves de 1re et de 2e classe sont tenus de prendre part aux travaux pratiques obligatoires, qui comprennent nécessairement la chimie minérale, organique et analytique, la toxicologie, la pharmacie, la minéralogie, la micrographie et la physique. Les herborisations sont également comprises dans les travaux pratiques.

Travaux pratiques facultatifs. — Les élèves qui justifieront de toutes leurs inscriptions et eeux dont la scolarité sera interrompue par suite d'ajournement à un examen de fin d'année ou semestriel, pourront, sur leur demande écrite, être admis par M. le Directeur à prendre part à telle ou telle série de travaux pratiques, moyennant le payement, en un seul terme, d'un droit fixe de 40 francs. Cette rétribution est indépendante des droits de travaux pratiques obligatoires et ne peut être confondue avec eux.

Le candidat ajourné à un examen de fin d'année n'est admis à participer qu'aux manipulations de l'année qu'il n'a pas validée. — L'admission aux exercices facultatifs ne confère aucun droit à des inscriptions rétroactives

Examens de fin d'année. — Les candidats de 1re et 2e classe subissent un examen de fin d'année après les 4e et 8e inscriptions ; en outre, ceux de 1re classe passent un examen semestriel après la 10e inscription.

Les examens de fin d'annee ont lieu au mois de juillet ; l'examen semestriel dans la première quinzaine d'avril. Les candidats ajournés peuvent renouveler cette épreuve aux mois de juillet et de novembre. Ces examens portent sur les matières enseignées pendant l'année scolaire qu'ils valident. Tout étudiant ajourné à un examen de fin d'année ne peut être autorisé à changer d'Ecole avant d'avoir réparé son echec.

Examens probatoires. — Après la 12e inscription, les étudiants sont admis à subir les trois examens probatoires. Aucune dispense d'âge n'est exigée des candidats ; aucun délai n'est imposé entre chacun de ces examens subis avec succès. En cas d'échec, le délai d'ajournement est fixé à trois mois au minimum.

Les candidats au diplome de 1re classe doivent subir les trois examens probatoires dans l'Ecole où ils ont accompli la troisième année de leur scolarité. Les aspirants au diplôme de 2e classe sont tenus de les subir devant la Faculté mixte ou Ecole dans le ressort de laquelle ils doivent exercer. Le diplôme n'est délivré à l'impétrant qu'après ses vingt-cinq ans révolus.

Diplôme supérieur. — Le décret du 12 juillet 1878 a institué un diplôme supérieur qui s'obtient, pour les candidats déjà pharmaeiens de 1re classe non pourvus du grade de licencié ès sciences physiques ou ès sciences naturelles, à la suite d'une quatrième année d'études, validée par un examen et la soutenance d'une thèse originale acceptée par l'Ecole. Les candidats qui justifient de l'un des grades de licencié précités ne sont astreints qu'à la soutenance de la thèse.

Le diplome supérieur est équivalent au doctorat ès seiences physiques ou naturelles. Les pharmaciens qui en sont pourvus peuvent

être nommés aux emplois de professeurs ou agrégés dans les Ecoles supérieures, aux emplois de professeurs ou agrégés des sciences pharmaceutiques dans les Facultés mixtes.

Perception des droits universitaires. — La perception des droits de bibliothèque et de travaux pratiques obligatoires et facultatifs, le recouvrement et le remboursement des consignations pour examens de toute nature sont opérés à la caisse du Receveur des droits universitaires, rue Saint-Jacques, 55, à Paris, sur la présentation d'un *bulletin de versement* ou d'un *ordre de remboursement*, suivant le cas, que le Secrétaire de l'Ecole délivre à l'étudiant, ou au candidat ajourné, sur sa demande.

Aux termes de l'article 4 de l'arrêté du 25 juillet 1882, les familles des étudiants ont la faculté d'effectuer les mêmes opérations financières aux caisses des trésoriers généraux et des receveurs des finances, dans leur département.

Bourses. — Le concours pour l'obtention des bourses de l'Etat de pharmacien de 1re classe s'ouvre ordinairement à l'Ecole, dans la dernière semaine du mois d'octobre. Les candidats doivent se faire inscrire à la Sorbonne, du 20 septembre au 15 octobre, en produisant les pièces exigées.

Bibliothèque. — La Bibliothèque de l'Ecole est ouverte tous les jours non fériés de 11 heures du matin à 4 heures et de 8 heures à 10 heures du soir.

Salles de collections. — Les salles de collections sont ouvertes aux étudiants aux jours et heures qu'indiquent des affiches spéciales.

Jardin botanique. — Le jardin botanique est ouvert aux élèves tous les jours non fériés, de 7 heures du matin à 6 heures en été, et et de 8 heures à 4 heures en hiver.

Cours. — L'ouverture des Cours a eu lieu le 3 novembre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

L'*Académie des Sciences* tient des séances publiques, à l'Institut, quai de Conti, tous les lundis, à 3 heures. Elle se divise en deux grandes classes, celles des *Sciences mathématiques*, dont nous n'avons pas à nous occuper, qui comprend cinq sections, et celles des *Sciences physiques*, qui comprend les six sections suivantes, composées chacune de six membres : chimie ; minéralogie ; botanique ; économie rurale ; anatomie et zoologie ; médecine et chirurgie. — Cette dernière section a six membres correspondants français et étrangers. L'*Académie des Sciences* décerne chaque année des prix dont quelques-uns ont trait aux sciences médicales anatomie, physiologie, médecine et chirurgie, hygiène, physiologie expérimentale, et qui sont annoncés en temps opportun dans le *Progrès medical*.

La Section de médecine et chirurgie comprend MM. Marey, Charcot, Richet, Brown-Séquard, Bouchard et Verneuil.

M. Pasteur, élu en 1887 secrétaire perpétuel, ne compte à aucune section. La section d'anatomie et zoologie est composée de MM E Blanchard, de Quatrefages, de Lacaze-Duthiers, Alph. Milne-Edwards, Sappey et Ranvier. Le président, cette année, est M. Janssen, le vice-président, M. des Cloizeaux. Parmi les academiciens libres, il y a M. le Dr Baron Larrey. — Le *Progrès Médical* publie regulièrement une analyse des communications faites à l'Institut, lorsqu'elles sont du domaine des sciences biologiques. L'Académie des Sciences publie un *compte rendu* de ses séances, qui parait toutes les semaines

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

La *Société de Biologie* tient ses séances tous les samedis, à 4 h., rue de l'Ecole-de-Médecine (*Ecole pratique*). Les travaux de la Société embrassent toutes les branches de la biologie, mais plus particulièrement la physiologie expérimentale, la physiologie pathologique, l'histologie normale et pathologique, la clinique, la physique et la chimie médicales. Les étudiants en médecine, qui ont déjà plusieurs années d'études, ont intérêt à suivre les séances de cette Société. Ils pourront y entendre fréquemment, outre leurs professeurs de la Faculté et leurs maîtres dans les hôpitaux, des hommes tels que Ranvier, Bouchard, Malassez, Brown-Séquard, Mathias Duval, Hanot, d'Arsonval, Straus, Pouchet, Fr.-Franck, Grimaux, Duclaux, etc., qui comptent parmi les membres les plus assidus. Tous les deux ans, la *Société de Biologie* décerne le *prix Godard*, qui est de la valeur de 500 francs ; elle publie régulièrement un bulletin. Une analyse de chaque séance parait dans le *Progrès médical*. Président, M. Brown-Séquard.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'*Académie de Médecine* tient ses séances publiques, 39, rue des Saints-Pères, tous les mardis, de 3h. à 5 h.— Elle se compose de cent membres *titulaires* répartis dans les 11 sections qui suivent : anatomie et physiologie, 10 ; pathologie medicale, 13 ; pathologie chirurgicale, 10 ; thérapeutique et histoire naturelle médicale, 10 ; médecine opératoire, 7 ; anatomie pathologique, 7 ; accouchements, 7 ; hygiène publique, médecine légale et police médicale, 10 ; médecine vétérinaire, 6 ; physique et chimie médicales, 10 ; pharmacie, 10. Il y a, en outre, une section d'associés libres qui peut compter 10 membres. — Le nombre des *associés nationaux* et celui des associés étrangers peut-être de 20. — Le nombre des *correspondants nationaux* est de 100 ; celui des *correspondants étrangers* de 50. Les uns et les autres sont divisés en 4 sections de la façon suivante : 1° Anatomie et physiologie, — pathologie médicale, — thérapeutique et histoire naturelle, — anatomie pathologique, — hygiène et médecine légale (correspondants nationaux, 50 ; étrangers, 25). — 2° Pathologie chirurgicale, — médecine opératoire, — accouchements (correspondants nationaux, 24 ; étrangers, 12). — 3° Médecine vétérinaire (correspondants nationaux, 6 ; étrangers, 3). — 4° Physique et chimie médicales, — pharmacie (correspondants nationaux, 20 ; étrangers, 10). Président pour 1888, M. Herard.

L'Académie résout les questions qui lui sont posées par les ministères, les préfectures de la Seine et de police, sur tout ce qui concerne l'hygiène et la santé publique. Elle autorise ou interdit la fabrication et la vente des remèdes secrets et nouveaux, l'exploitation des sources thermales ou minérales. Elle désigne, sur la demande du gouvernement, des commissaires qui se transportent sur les lieux où sévissent les épidémies ou les épizooties et décident des mesures à prendre contre le mal. Elle propage la vaccine, et enfin discute des questions de science pure. Elle publie un Bulletin qui contient le compte rendu de ses séances et de ses travaux ; au moyen de son budget particulier et de différents legs, elle distribue des prix. Les lauréats sont proclamés chaque année dans une séance solennelle qui a lieu dans la première quinzaine de décembre, les sujets à traiter pour les prix de l'année suivante y sont en outre désignés.

L'Académie possède des collections et une bibliothèque riche en volumes, en gravures et en manuscrits ; elle est ouverte aux membres seuls. Bibliothécaire : M. Dureau ; chef des bureaux : M. Chancre.

Les vaccinations et les certificats de vaccine sont délivrés gratuitement tous les mardis et samedis, à midi précis. On envoie en outre gratuitement du vaccin en plaques à tous les membres du corps médical qui en font la demande. Il existe aussi, pour les analyses et les recherches, un laboratoire dirigé par M. Hardy.

Les travaux, les communications et les correspondances de toutes sortes doivent être adressés à M. le secrétaire perpétuel au siège de l'Académie, à moins qu'un des membres n'ait bien voulu se charger de faire la présentation. — Les bureaux de l'Académie sont ouverts, sauf les dimanches et fêtes, tous les jours, de 10 heures à 3 heures. Le *Progrès médical* fait le compte rendu de chaque séance de cette importante assemblée avec un soin tout particulier.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Cette *Société*, l'une des plus anciennes de Paris, tient ses séances tous les vendredis, à 3 heures 1/2, à l'Ecole pratique, dans une salle placée au-dessus du musée Dupuytren. C'est là que sont communiqués tous les cas intéressants observés dans les hôpitaux de Paris et que sont apportées toutes les pièces d'anatomie pathologique qui offrent des particularités remarquables. Tous les deux ans, la *Société Anatomique* décerne le *Prix Godard*. Les membres-adjoints de la Société, les internes, les médecins, etc., peuvent concourir. Les étudiants qui en liront les comptes rendus y trouveront de nombreux élements pour leur thèse de doctorat ; les comptes rendus des séances sont publiés dans un Bulletin spécial. Président, M. Cornil.

Aucune communication n'est faite sans pièces à l'appui. Cela évite toute discussion oiseuse, purement clinique, et on a de plus l'avantage de voir défiler sous ses yeux les cas les plus rares de l'anatomie pathologique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

La *Société de Chirurgie* se réunit tous les mercredis, à 3 heures 1/2, rue de l'Abbaye, n° 3. Elle se declare en vacances pendant les mois d'août et de septembre. La plupart de ses membres titulaires appartiennent au corps chirurgical des hôpitaux civils et militaires de Paris. Les membres correspondants nationaux sont les célébrités chirurgicales de la province et ont la direction des services chirurgicaux dans les hôpitaux de nos grandes villes — Président pour 1888, M. Polaillon ; vice-président, M. le Dentu ; secrétaires des séances, MM. Pozzi et Monod ; secrétaire général, M. Chauvel.

La Société de Chirurgie dispose de quatre prix : le prix Duval, le prix Laborie, le prix Gerdy et le prix Demarquay. Les deux premiers sont annuels, le troisième et le quatrième sont donnés tous les deux ans. Le prix Duval, de la valeur de 100 fr., a été fondé en 1854 à titre d'encouragement pour la meilleure these de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année. Sont seuls admis à concourir les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes titulaires dans les hôpitaux ou ayant un grade analogue dans les hopitaux militaires ou de la marine. Le prix Laborie, de la valeur de 1,200 fr., fondé en 1868, est décerné

chaque année à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante. Le prix Gerdy, de la valeur de 2000 fr., a été fondé en 1873. Le prix Demarquay est de la valeur de 450 fr. environ (intérêt d'une somme de 10000 fr.). La Société doit indiquer la question à traiter par les concurrents. Le sujet est toujours donné deux ans à l'avance.

Pour plus de détails, voir le premier fascicule annuel des *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*. Le *Progrès Médical* publie très régulièrement le compte-rendu détaillé des séances de cette Société, une des plus importantes de Paris, la seule Société purement chirurgicale de France.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

La *Société médicale des Hôpitaux* se réunit le 2e et le 4e vendredi de chaque mois, dans la salle des séances de la Société de chirurgie, rue de l'Abbaye, 3, à 3 heures et demie; ces séances sont publiques. Les membres de cette Société sont les médecins des hôpitaux civils et les médecins de l'armée ayant un service dans les hôpitaux militaires de Paris. Les uns et les autres présentent les faits curieux de leur service, et ces faits sont souvent l'occasion de discussions intéressantes, surtout lorsqu'ils ont trait à des sujets encore à l'étude. C'est ce qui arrive principalement lorsque une question générale est mise à l'ordre du jour; plusieurs membres de la société traitent alors le sujet en détail et leurs mémoires sont discutés publiquement. Les comptes rendus des séances sont publiés régulièrement dans le *Progrès médical*. — Président pour l'année 1888, M. Siredey; vice-président, M. Cadet de Gassicourt; secrétaire général, M. Desnos; secrétaires des séances, MM. Comby et Letulle; trésorier, M. Moutard-Martin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

La *Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle*, fondée depuis dix ans pour étudier et vulgariser toutes les questions relatives à l'hygiène publique et privée, à l'épidémiologie, à la police sanitaire, à la pathologie professionnelle, tient ses séances publiques 3, rue de l'Abbaye, le quatrième mercredi de chaque mois, à 8 h. 1/2 du soir. Ses travaux sont publiés chaque mois par la *Revue d'hygiène et de Police sanitaire*, et réunis en 1 volume à la fin de chaque année.

La *Société de médecine publique* a organisé le congrès d'hygiène de Paris en 1878. Elle a pris une part active aux congrès de Turin (1880), Genève (1882), La Haye (1884), Vienne 1887. C'est à son instigation qu'une section d'hygiène et de médecine publique a été créée à l'Association française pour l'avancement des sciences. Elle a organisé en 1886, avec le concours du Conseil municipal de la ville de Paris une intéressante exposition d'hygiène urbaine à la caserne Lobau. Elle vient de prendre l'initiative de la réunion d'un Congrès International d'hygiène qui se tiendra à la Faculté de médecine de Paris, du 4 au 11 août 1889.

Elle distribue des médailles de vermeil, d'argent et de bronze aux auteurs des meilleures thèses soutenues devant les Facultés de médecine sur des sujets relatifs à l'hygiène. Ces thèses doivent être adressées au secrétaire général avant le 31 décembre de chaque année. L'ensemble des membres de cette Société, déjà considérable, augmente. Les médecins, les architectes, les ingénieurs, les industriels, les économistes, tous ceux enfin dont les travaux touchent aux grandes questions d'hygiène publique et sociale sont admis à en faire partie. Tout ce qui concerne la Société doit être adressé au secrétaire général : M. le Dr Henri Napias, 78, rue du Rocher (Paris). Le *Progrès* publie le compte rendu des séances de cette Société.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

La *Société de médecine légale* tient ses séances le second lundi de chaque mois, à 4 heures précises, au Palais-de-Justice, dans la salle d'audience des référés. Entrée par le boulevard du Palais, n° 2.

Ces séances constituent de très intéressantes conférences de médecine légale, auxquelles les étudiants, aussi bien que les médecins, trouveraient grand intérêt à assister. Les séances sont publiques. Déjà la Société a fait paraître neuf volumes de Bulletins à la librairie J.-B. Baillière et fils.

Cette Société a organisé, pendant l'Exposition universelle de 1878, un *Congrès international de médecine légale*, dans lequel ont été traitées d'importantes questions, et dont les travaux ont été publiés en un volume distinct des Bulletins de la Société et imprimé à l'imprimerie nationale par les soins du ministère de l'agriculture et du commerce. Le *Progrès médical* a l'habitude de publier l'ordre du jour de chaque séance dans le n° qui la précède.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE, D'HYDROLOGIE, ETC.

La *Société de médecine de Paris*, la *Société d'hydrologie* se réunissent, comme la *Société de chirurgie*, rue de l'Abbaye, 3. Ce local, beaucoup trop exigu, ne permet qu'à un petit nombre d'auditeurs d'assister aux séances de ces savantes Sociétés, chose très regrettable, vu l'intérêt que présentent pour les étudiants les discussions très instructives sur les questions à l'ordre du jour. — Nous citerons encore la *Société médico-psychologique* qui se réunit le dernier lundi de chaque mois, rue de l'Abbaye, n° 3; — la *Société française d'hygiène*, etc., dont le siège est au n° 44 de la rue de Rennes, qui tient ses séances le deuxième vendredi de chaque mois; — la *Société de psychologie physiologique*, présidée par M. Charcot, dernier lundi de chaque mois, à huit heures du soir, 3, rue de l'Abbaye; — la *Société de médecine clinique*; — la *Société obstétricale et gynécologie de Paris*, séance le dernier vendredi du mois; — la *Société de médecine pratique de Paris*, fondée en 1808, séances le 1er et le 3e jeudi de chaque mois, à 3 h. 1/2, palais des Sociétés savantes, 26, rue Serpente; — la *Société française d'hygiène*, séance le 2e vendredi de chaque mois, 44, rue de Rennes. Voir aussi *Enseignement de l'Anthropologie*. Les étudiants qui sont arrivés à la dernière année de leurs études assisteront avec fruit aux réunions de ces diverses Sociétés.

La *Société de thérapeutique* se réunit à la mairie du 1er arrondissement, le 2e et le 4e mercredi de chaque mois. Le *Progrès* publie un compte rendu analytique des séances de cette Société. — Il existe encore d'autres *Sociétés médicales*, entre autres les *Sociétés d'arrondissement* qui n'ont qu'un intérêt secondaire pour les étudiants.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

Fondée au lendemain de la guerre par un groupe de savants et d'amis de la science, l'*Association française* a vu sa prospérité s'accroître d'année en année. Le but des promoteurs de cette Société, parmi lesquels on pouvait compter Combes, Delaunay, Cl. Bernard, Broca, Wurtz, Dumas, pour ne citer que les morts, était de contribuer au relèvement moral du pays, accablé par des désastres immérités, par la diffusion des sciences. Aider à leur progrès tant au point de vue de la théorie pure qu'au point de vue des applications pratiques, favoriser leur développement par des réunions scientifiques, des conférences, des dons en instruments et en argent, venir en aide aux savants dans leurs recherches, tel était le programme des fondateurs; tel a été le but poursuivi jusqu'à ce jour. Le petit noyau des adhérents s'est vite augmenté; en seize années leur chiffre est monté à cinq mille. Le capital s'élève aujourd'hui à environ 600,000 francs. Chaque année des subventions importantes sont accordées aux travailleurs (17 mille francs pour l'année 1888). Le total des dons distribués à ce jour s'élève à plus de cent cinquante mille francs. Dans le courant de 1887, l'Association scientifique, fondée par Leverrier, a fusionné avec sa sœur cadette, l'Association française pour ne former qu'une seule et même société, n'ayant qu'une même pensée si bien exprimée par sa devise : « Par la Science, Pour la Patrie. »

L'Association tient chaque année un Congrès dans une des grandes villes de France; au début c'était Bordeaux qui offrait à la jeune Société l'hospitalité la plus brillante, puis Lyon, Lille, Nantes, le Havre, etc. L'exposition de 1878 fut une occasion toute naturelle de se réunir à Paris; la prochaine exposition de 1889 verra de nouveau l'association tenir ses assises dans la capitale. En dehors de ces congrès, où toutes les questions scientifiques peuvent être discutées dans les 17 sections entre lesquelles se divisent les travailleurs, l'Association cherche à faire connaître les progrès des sciences et de leurs applications dans des séries de conférences, les unes faites pendant la durée des Congrès, les autres pendant l'hiver au siège social. Rappelons quelques titres des conférences faites l'hiver dernier : Nature du tétanos, par le professeur Verneuil; Le monde de la mer, par M. de Lacaze-Duthiers. Les grandes constructions métalliques, par M. Eiffel; Les progrès de la navigation à vapeur, par M. Raymond; Les parasites de l'homme, par le Dr Blanchard, etc. Des cartes d'entrée seront distribuées à tous les membres de l'Association qui voudront les retirer au secrétariat; un certain nombre de cartes gratuites est mis chaque année à la disposition des étudiants des diverses Facultés par l'intermédiaire de l'Association des Etudiants. La cotisation annuelle est de 20 fr. par an; cette cotisation peut être rachetée moyennant une somme de 200 fr. Les comptes-rendus de l'Association sont publiés après chaque Congrès et forment annuellement deux beaux volumes in-8 de 1000 pages. Chaque Congrès est analysé dans le *Progrès médical*.

Le bureau de l'Association pour l'année 1888 se trouve ainsi composé : *Président* : M. de Lacaze-Duthiers (de l'Institut); — *Vice-Président* : M. Cornu, (de l'Institut); — *Secrétaire* : M. le Dr Fournier; — *Vice-Secrétaire* : M. Gobin; — *Secrétaire du Conseil* : M. le professeur Gariel; — *Secrétaire-adjoint du Conseil* : M. le Dr Cartaz; — *Trésorier* : M. Galante.

ÉCOLE DU VAL-DE-GRACE.

—

École d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Année 1887-1888.

Directeur : M. le médecin inspecteur GALIOT. — Sous-Directeur : M. BAUOUR, médecin-chef de l'hôpital militaire.

MÉDECINS STAGIAIRES.

Cliniques.

Clinique médicale : MM. KELSCH et LAVERAN, 1 fois par semaine successivement. — *Clinique chirurgicale* : MM. [illegible] et DELORME, 1 fois par semaine successivement. — *Clinique ophthalmologique* : M. CHAUVEL, 1 fois par semaine. — *Cliniques des maladies vénériennes et cutanées* : M. VALLEIN, professeur agrégé.

Cours.

Épidémiologie : M. KELSCH, professeur. — *Médecine opératoire* : M. [illegible], professeur. — *Hygiène* : M. LAVERAN, professeur. — *Médecine légale et législation militaire* : M. [illegible], professeur. — *Blessures par armes de guerre* : M. DELORME, professeur. — *Chimie appliquée aux expertises dans l'armée* : M. BURKER, professeur. — *Anatomie* : M. VALLEIN, professeur agrégé.

Conférences et exercices pratiques.

Conférences d'hygiène : M. RICHARD, professeur agrégé. — *Petite chirurgie, bandages et appareils, conférences de blessures de guerre, manœuvres d'ambulance, exercices de diagnostic chirurgical* : M. CHAVASSE, professeur. — *Conférences et exercices d'anatomie pathologique, bactériologie, conférences d'épidémiologie* : M. VAILLARD, professeur agrégé. — *Travaux anatomiques* : M. [illegible], professeur agrégé. — *Exercices de médecine opératoire, exercices d'ophthalmoscopie* : M. NIMIER, professeur. — *Conférences de médecine légale et législation militaire, exercices de diagnostic médical* : M. DUPONCHEL.

PHARMACIENS STAGIAIRES.

Cours et conférences.

Chimie appliquée aux expertises dans l'armée : M. BURKER, professeur. — *Pharmacie militaire et comptabilité* : M. GISSARD, professeur agrégé. — Médecin major attaché à la direction-major de l'École : M. [illegible]. — Aides-majors de l'École : MM. BERNARD, [illegible].

ÉCOLES DENTAIRES.

Le *Progrès médical* a été l'un des premiers journaux de médecine [illegible] l'insuffisance de l'enseignement de l'odontologie [illegible] les services hospitaliers à ce point de vue. Sur ce dernier point, l'Assistance publique a, en partie, réussi le [illegible] services dentaires dans les hôpitaux, [illegible] dans les hôpitaux à partir du [illegible] : MM. les Drs Andrieu, Charité ; Cruet, Salpêtrière, [illegible] Ferrier, Lariboisière ; Gaillard, Saint-Antoine ; [illegible] Enfants-Malades ; [illegible] Saint-Louis ; [illegible] Hôtel-Dieu. [illegible]

I. École dentaire de Paris.

Pour l'enseignement des dentistes, dont le nombre toujours croissant [illegible] le chiffre de 1.500, la Faculté n'a rien fait. [illegible] Il existe actuellement à Paris deux écoles dentaires libres. Elle [illegible] 500 élèves, délivré [illegible] diplômes. Le corps enseignant se compose [illegible] [illegible] 8 heures [illegible] MM. [illegible] MM. [illegible], R. [illegible] [illegible] Elle est patronnée par MM. [illegible] Verneuil, [illegible] H[illegible] [illegible] Les frais d'inscription, d'examen et de diplôme s'élèvent à 100 francs par an.

II. Institut odontotechnique de France.

Il existe depuis 5 ans, 3, rue de l'Abbaye, [illegible] scientifique et philanthropique connue sous le nom d'*Institut odontotechnique de France*, présidée par M. [illegible]. Il comprend notamment une *École dentaire*, patronnée par un conseil scientifique, composé de MM. Richet, [illegible], Le Fort, Guyon, Dujardin-Beaumetz, [illegible] [illegible] école est dirigée par M. E. Brasseur, [illegible] de Paris, chirurgien-dentiste. Les cliniques [illegible] sont faites par MM. Brasseur, [illegible] [illegible], du Bouchet, [illegible] par MM. [illegible] Dr [illegible] Dr Gaillard [illegible] [illegible] crographie, etc. — La durée des études est de [illegible] toire de prothèse où les élèves [illegible]

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Année scolaire 1888-89.

Ouverture le 3 novembre.

Semestre d'hiver. — Cours.

Médecine légale et toxicologie : M. JAUMES, professeur. — *Physiologie* : M. LANNEGRACE, professeur. — *[illegible]* : M. GRYNFELTT, professeur. — *Pathologie externe* : M. [illegible], professeur. — *Anatomie pathologique et histologie* : M. [illegible], professeur. — *Anatomie* : M. PAULET, professeur. — *[illegible]* : M. [illegible], professeur.

Cours complémentaires et conférences.

Accouchements : M. GERBAUD, agrégé. — *Anatomie* [illegible] agrégé. — *Histoire naturelle médicale* : M. GRANEL, [illegible]. — *Chimie médicale* : M. VILLE, agrégé. — *P*[illegible], agrégé. — *Anatomie* : M. LAPEYRE, prosecteur.

Cliniques.

Clinique interne : MM. CASTAN, Doyen, et GRASSET. — *Clinique externe* : MM. DUBRUEIL et TÉDENAT. — *Maladies* [illegible] : M. [illegible]. — *Clinique* [illegible] Léon, professeur. — *Maladies des enfants* : M. BAUMEL, [illegible]. — *Maladies syphilitiques et cutanées* : M. [illegible]. — *Maladies des vieillards* : M. MOSSÉ, agrégé. — *Clinique ophthalmologique* : M. TRUC, agrégé, ch.

Travaux pratiques obligatoires.

Anatomie : M. GILIS, agrégé. — *Anatomie pathologique* : M. BLAISE, agrégé. — *Physique* : M. BERTIN-SANS. — *Histoire naturelle médicale* : N...., professeur. — *Idem* : M. GRANEL, chargé de cours. — *Chimie médicale* : M. VILLE, chef des travaux. — *Physiologie* : M. FRANÇOIS, chef des travaux. — *Histologie* : M. [illegible], agrégé. — *Médecine opératoire* : M. GILIS, agrégé.

Semestre d'été. — Cours.

Physique médicale : M. MOITESSIER, professeur. — *Chimie médicale* : M. [illegible], professeur. — *Hygiène* : M. BERTIN-SANS, professeur. — *Thérapeutique et matière médicale* : M. HAMELIN, professeur. — *Botanique et Histoire naturelle médicale* : M. [illegible], chargé de cours.

Cours et Conférences.

Histologie : M. BLAISE, agrégé. — *[illegible]* : M. [illegible], agrégé. — *Pathologie générale* : M. BAUMEL, agrégé. — *[illegible]* : M. RÉGIMBEAU, agrégé. — *Pathologie interne* : M. [illegible], agrégé. — *Pathologie externe* : M. F[illegible], agrégé.

Consultations gratuites.

A *l'hôpital Saint-Éloi*, à 9 heures du matin : [illegible] médecine ; le lundi et vendredi, chirurgie ; le [illegible] et le [illegible], maladies syphilitiques et cutanées ; le jeudi, accouchements et maladies des femmes, rue du Four-Saint-Éloi ; [illegible] maladies des yeux. — A *l'Hôpital-Général* : Le lundi et le vendredi, à [illegible], maladies des enfants ; le jeudi, à 9 heures, [illegible].

Doyen honoraire : M. BENOIT ; professeurs honoraires : MM. MARTINS, DUPRÉ, BENOIT et CAVALIER ; secrétaire honoraire : M. BLAISE.

Division des études.

Semestre d'hiver. — 1re *Année* : Conférences de Physique, de Chimie, d'Histoire naturelle; Travaux pratiques de Physique. 2e *Année* : Cours d'Anatomie, de Physiologie, d'Histologie; Conférences d'Anatomie; Travaux pratiques d'Anatomie. 3e *Année* : Cliniques, Cours d'Anatomie, de Physiologie, d'Histologie, de Pathologie interne, de Pathologie externe; Travaux pratiques d'Anatomie. 4e *Année* : Cliniques, Cours d'Anatomie pathologique, de Médecine opératoire, de Médecine légale, de Pathologie interne, de Pathologie externe, compl. d'Accouchements; Travaux pratiques d'Anatomie pathologique.

Semestre d'été. — 1re *Année* : Cours de Physique, Chimie, d'Histoire naturelle; Travaux pratiques de Chimie et d'Histoire naturelle. 2e *Année* : Cours complémentaire d'Histologie; Conférences de Physiologie, de Pathologie générale; Travaux pratiques de Physiologie et d'Histologie. 3e *Année* : Cliniques, Cours complémentaire d'Histologie. Conférences de Pathologie générale, de Physiologie, de Pathologie interne, de Pathologie externe; Travaux pratiques de Physiologie. — 4e *Année* : Cliniques; Cours d'hygiène, de Thérapeutique et Matière médicale; Conférences de Pathologie générale, de Médecine légale, de Pathologie interne, de Pathologie externe; Travaux pratiques de Médecine opératoire.

Renseignements divers.

Le *Musée anatomique* est ouvert aux élèves tous les jours, de midi à 4 h. — Le *Conservatoire du Jardin des plantes* est ouvert aux élèves aux mêmes heures. — La *Bibliothèque* est ouverte tous les jours, de midi à 4 heures, le mercredi excepté, et les soirs, de 7 heures et demie à 9 heures et demie. — *Inscriptions trimestrielles*. Elles sont reçues au Secrétariat tous les jours, de 2 heures à 4 heures, du 3 au 20 novembre, et pour les trimestres de Janvier, Avril et Juillet, dans la première quinzaine de ces mois. — *Consignations pour les examens*. Elles sont reçues tous les jours, le Samedi excepté, entre 2 heures et 4 heures, en vue des examens de la semaine suivante.

Prix décernés annuellement par la Faculté. — Prix de 1re année, Médaille d'argent et 100 francs de livres. — Prix de 2e année, Médaille d'argent et 100 francs de livres. — Prix de 3e année, Médaille d'argent et 185 francs de livres. — Prix de 4e année, Médaille d'argent et 185 fr. de livres. — Prix de Fontaine, 423 francs. (Somme délivrée à l'auteur de la meilleure thèse). — Prix de la Ville de Montpellier, 200 francs. Somme délivrée à l'élève qui a accompli la meilleure scolarité.)

Montpellier, le 29 octobre 1888.

Mon cher Rédacteur en chef,

Nous avons eu d'abord quelques changements dans le haut personnel de la Faculté. A la mort du professeur Combal, M. Castan, professeur de pathologie interne, est passé à la clinique médicale. M. Carrieu, agrégé à la Faculté, a été présenté pour la chaire de pathologie médicale. M. Paulet, ancien professeur à la Faculté de Lyon, a été présenté pour la chaire d'anatomie. Il reste encore deux chaires vacantes : celle de clinique mentale et celle d'histoire naturelle.

Le nombre des thèses s'est accru considérablement et a atteint le chiffre de 93 dans l'année qui vient de s'écouler. Nos élèves ont eu un beau succès au dernier concours pour l'Ecole militaire : les nos 1, 3 et 7 notamment nous appartiennent.

Nous avons appris avec grand regret la décision relative aux *Bourses*. Il est très fâcheux que les Facultés des lettres et des sciences soient mieux traitées que nous à ce point de vue. Il y a du reste une campagne générale, de tous points déplorable, qui tend à déposséder les Facultés de droit et de médecine, en faveur des Facultés des lettres et des sciences qui ont cependant un nombre d'élèves si restreint. On assiste, dans les Conseils généraux, à des luttes terribles quand il s'agit de répartir le budget. Et si la décision ne plait pas au ministère, elle n'est pas approuvée et le budget est réparti d'office. On peut poser en axiôme que l'institution des Conseils généraux n'a pas fait faire un pas à l'autonomie et à la décentralisation.

Je termine par quelques renseignements sur la *Bibliothèque*. Notre bibliothèque appartient à la bibliothèque universitaire et est régie par les règlements généraux ; seulement elle forme une section distincte, indépendante, dans un local de notre Faculté, avec un bibliothécaire en chef, distinct du bibliothécaire de la bibliothèque universitaire.

Son budget (pour le matériel) s'est élevé à 6,000 fr. en 1886, 9,000 fr. en 1887 et 8,070 fr. en 1888. Cette somme, qui doit suffire pour les achats de livres, les abonnements, les reliures, etc. est absolument insuffisante. Il y a des collections que l'on ne peut continuer faute d'argent.

Comme partout il y a une commission, dite de la bibliothèque, composée d'un professeur de chaque Faculté et des deux bibliothécaires sous la présidence du Recteur. Cette commission décide les achats à faire, statue sur les demandes des professeurs, etc., et évite les doubles emplois dans les acquisitions.

L'année s'est terminée par une surprise des plus pénibles pour nos jeunes docteurs : une seule place d'agrégé a été mise au concours prochain alors qu'il y en avait deux de vacantes. C'est une innovation des plus graves et absolument arbitraire.

Veuillez agréer, etc. X.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY.

ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

Cliniques. Cours et Exercices pratiques.

(*Rentrée le 3 novembre 1887*).

S. d'Hiver. Cliniques. — Clin. méd., mardi, jeudi, samedi, 8 h. à 10 h. : M. Bernheim, professeur, à l'hôpital civil, 2e, 3e, 4e années. — Clinique médicale, lundi, mercredi, vendredi, 8 à 10 h. : M. Spillmann, à l'hôpital civil, 2e, 3e, 4e années. — Clinique chirurgicale, mardi, jeudi, samedi, 8 à 10 h. : M. Gross, professeur, à l'hôpital civil, 2e, 3e, 4e années. — Clinique chirurgicale, lundi, mercredi, vendredi, 8 h. à 10 h. : M. Heydenreich, professeur, à l'hôpital civil, 2e, 3e, 4e années. — Clinique obstétricale, mardi, jeudi, samedi, 8 h. à 10 h. : M. Herrgott, professeur, à la Maison de Secours 4e et 5e années. — Clinique ophthalmologique, lundi, mercredi, vendredi, 10 à midi : M. Rohmer, agrégé, à l'hôpital civil, 4e et 5e années. — Clinique des maladies des vieillards mardi, samedi, 11 h. : M. Demange, agrégé, à l'hôpital Saint-Julien, 4e et 5e années. — Clinique des maladies syphilitiques et cutanées, mercredi, samedi, 5 h. : M. Schmitt, agrégé à la Maison de Secours, 4e et 5e années. — Clinique des enfants, lundi, jeudi, 5 h. : M. Simon, agrégé, à la Maison de Secours, 4e et 5e années. — Clinique des maladies mentales, vendredi, 2 h. M. Langlois, chargé de cours, à l'hospice de Maréville, 4e et 5e années.

Programme des Cours. — Physique médicale, mardi, jeudi, samedi, 2 h : M. Charpentier, professeur, à l'amphithéâtre de physique, 1re année. — Chimie médicale, mercredi, jeudi, vendredi, 10 h. 1/2 à midi : M. Garnier, professeur, à l'amphithéâtre de chimie, 1re année. — Histoire naturelle médicale, lundi, mardi, samedi, 10 h. : M. Macé, agrégé, à l'amphithéâtre des cours, 1re année. — Anatomie descriptive, mardi, jeudi, samedi, 11 h. : M. Lallement, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie, 2e et 3e années. — Histologie, lundi, mercredi, vendredi, 11 h. : M Baraban, agrégé, à l'amphithéâtre d'anatomie, 2e et 3e années. — Pathologie externe, lundi, mercredi, vendredi, 11 h. : M. Weiss, professeur à l'amphithéâtre d'anatomie, 2e et 3e années. — Pathologie interne, mardi, jeudi, samedi, 4 h. : M. Hecht, professeur, à l'amphithéâtre des cours, 3 et 4e années. — Anatomie pathologique, mardi, jeudi, samedi, 2 h. : Feltz, professeur à l'amphitheatre des cours, 3e, 4e années. — Therapeutique, lundi, mercredi, vendredi, 4 h. : M. Coze, professeur, à l'amphithéâtre des cours, 3e et 4e années. — Médecine légale, mardi, samedi, 11 h. M. N...., professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie 4e et 5e années. — Accouchements (cours supplémentaire, mardi, jeudi, 4 h. : M. Rémy, agrégé, à l'amphithéâtre d'anatomie, 4e et 5e années.

Exercices pratiques. — Manipulations de physique, lundi, samedi, 3 h. 1/2 à 5 h. : M. Charpentier, professeur, au laboratoire de physique, 1re année. — Conférences sur l'optique, jeudi, 3 h. : M. Bagnéris, agrégé, au laboratoire de physique, 1re année. — Manipulations chimiques, lundi, mercredi, vendredi, 1 h. 1/2 à 4 h. : M. Garnier, professeur, au laboratoire de chimie physiologique et pathologique, 1re année. — Conférences de chimie analytique, mardi, samedi, 9 h. : M. Guérin, agrégé, au laboratoire de chimie physiologique et pathologique, 1re année. — Histoire naturelle et botanique, mardi, jeudi, 8 h. : M. Macé, agrégé, au laboratoire d'histoire naturelle, 1re année. — Conférences de bactériologie, mercredi, 3 h. : M. Macé, agrégé, au laboratoire d'histoire naturelle, 4e et 5e années. — Dissections, tous les jours, midi à 5 h. : M. Lallement, professeur, à la salle de dissection 2e et 3e années. — Conférences d'anatomie, lundi, mardi, vendredi, 5 h. : M. Nicolas, agrégé, amphithéâtre d'anatomie. — Conférences de physiologie, mardi 5 h. : M. René, agrégé, amphithéatre d'anatomie — Histologie, lundi, mercredi, vendredi, 1 h. : M. Baraban, agrégé, au laboratoire d'histologie, 2e et 3e années. — Anatomie et histologie pathologiques, mardi, jeudi, samedi, 2 h. : M. Feltz, professeur, au laboratoire d'anatomie et d'histologie pathologiques, 4e et 5e années. — Conferences d'hygiène, jeudi, 11 h. : M. Poincaré professeur, au laboratoire d'hygiène, 4e et 5e années. — Conférences de pathologie interne, jeudi, 5 h. : M. Parisot, agrégé, à l'amphithéâtre des cours, 4e et 5e années. — Conférences de diagnos-

tic médical. mercredi, 5 h. : SCHMITT, agrégé à l'amphithéâtre des cours, 2e et 3e années. — Bandages et appareils, jeudi, 5 h. : M. VAUTRIN, agrégé, à l'amphithéâtre des cours, 2e et 3e années.

Semestre d'été. Cours. — Physique médicale, lundi, 10 h. : M. CHARPENTIER, professeur. à l'amphithéâtre de physique, 1re année. — Physique médicale, mercredi, 10 h. : M. BAGNÉRIS, agrégé, à l'amphithéâtre de physique, 1re année. — Chimie médicale. mardi, jeudi, de 10 h. 1/2 à midi : M. GARNIER, professeur, à l'amphithéâtre de chimie, 1re année. — Histoire naturelle médicale, vendredi, samedi, 10 h : M. MACÉ, agrégé, à l'amphithéâtre des cours, 1re année. — Physiologie, mardi, mercredi, vendredi, 5 h. : M. BEAUNIS, professeur. à l'amphithéâtre d'anatomie. 2e et 3e années. — Anatomie et physiologie pathologiques, lundi, jeudi, 2 h. : M. FELTZ, professeur, au laboratoire d'anatomie pathologique, 3e et 4e années. — Médecine opératoire, lundi, mercredi, vendredi, 4 h. : M. CHRÉTIEN, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie, 4e et 5e années. — Hygiène, mardi, samedi, 4 h. : M. POINCARÉ, professeur, à l'amphithéâtre des cours, 4e et 5e années. — Maladies des yeux, vendredi, 11 : M. ROHMER, agrégé, à l'hôpital civil, 4e et 5e années.

Exercices pratiques. — Manipulations de physique, lundi, mercredi, vendredi. 4 h. : M. CHARPENTIER, professeur et BAGNÉRIS, agrégé à l'amphithéâtre de physique, 1re année. — Conférences analytiques de chimie biologique et manipulations : M. GARNIER, professeur, au laboratoire de chimie physiologique et pathologique, 1re année. — Histoire naturelle médicale, lundi, jeudi, vendredi, 8 h. : M. MACÉ, agrégé, au laboratoire de botanique. 1re année. — Histologie normale : M. BARABAN, agrégé, au laboratoire d'histologie, 2e et 3e années. — Physiologie expérimentale : M. BEAUNIS, professeur, et M. RENÉ, agrégé, au laboratoire de physiologie expérimentale, 2e et 3e années. — Anatomie et histologie pathologiques, mardi, jeudi, samedi, 2 h. : M. FELTZ, professeur, au laboratoire d'anatomie et d'histologie pathologiques, 3e et 4e années. — Exercices de médecine opératoire, mardi, jeudi. 5 h. : M. NICOLAS, agrégé, au laboratoire d'anatomie, 4e et 5e années. — Conférences de thérapeutique. jeudi. 3 h. : M. COZE, professeur, au laboratoire de thérapeutique, 4e et 5e années. — Excursions d'hygiène, jeudi : M. POINCARRÉ, professeur. — Conférences de médecine légale, mardi, 1 h. : M. N..., au laboratoire de médecine légale, 4e et 5e années. — Conférences de diagnostic médical, lundi, 4 h. : M. SCHMITT, agrégé, à l'hôpital civil, 2e et 3e années. — Conférences de pathologie générale, lundi 7 h. : M. SIMON, agrégé, à l'hôpital civil, 2e et 3e années. — Conférences de pathologie interne, mercredi, 5 h. : M. PARISOT, agrégé, à la salle des cours, 3e et 5e années. — Bandages et appareils. jeudi. 5 h. : M. VAUTRIN, agrégé, à l'hôpital civil. 2e et 3e années. — Conférences de pathologie externe, mardi. 4 h. : M. VAUTRIN, agrégé, salle des cours. — Conférences de diagnostic médical, vendredi, 3 h. : M. RÉMY, agrégé, à la Maison de Secours, 4e et 5e années.

Dispositions réglementaires.

Aux termes du décret du 20 juin 1878, les études pour obtenir le diplôme de doctorat en médecine durent quatre années, pendant lesquelles les étudiants prennent 16 inscriptions. Ces inscriptions sont du prix de 30 fr., (loi du 26 février 1887); des remises de droit peuvent être accordées dans la proportion du dixième du nombre des élèves inscrits (décret et arrêté du 31 mars 1887). Chaque inscription donne lieu à un droit de bibliothèque de 2 fr. 50 et à un droit de travaux pratiques, qui est de 15 fr. en première année, de 10 fr. en deuxième et troisième années. et de 5 fr. en quatrième année.

Les *aspirants au Doctorat* sont tenus de produire, en prenant leur 1re inscription : 1° les diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences complet ou restreint ou les certificats d'admission à ces diplômes ; 2° un extrait de leur acte de naissance ; 3° un certificat de bonne vie et mœurs ; 4° le consentement de leurs parents ou tuteurs les autorisant à suivre les études médicales. Ils ont à subir cinq examens probatoires, dont les 2e, 3e et 5e sont divisés en deux parties, et à soutenir une thèse. Les cinq examens portent sur les matières suivantes :

Premier examen : Physique, chimie. histoire naturelle médicale. — *Deuxième examen* : 1re partie. Anatomie et histologie. avec une épreuve pratique de dissection, qui est éliminatoire ; 2e partie : Physiologie. — *Troisième examen* : 1re partie. Pathologie externe, accouchements, médecine opératoire, avec une épreuve pratique éliminatoire; 2e partie. Pathologie interne, pathologie générale. — *Quatrième examen* : Hygiène, médecine légale, thérapeutique, matière médicale et pharmacologie. — *Cinquième examen* : 1re partie. Clinique externe et obstétricale ; 2e partie. Clinique interne, épreuve pratique d'anatomie pathologique.

Thèse. — Les candidats soutiennent cette épreuve, dont les droits sont de 240 fr., sur un sujet de leur choix.

Le 1er examen est subi après la 4e inscription et avant la 5e. La 1re partie du 2e examen, après la 11e inscription et avant la 12e, et la 2e partie après la 12e inscription et avant la 14e. Les autres examens ne peuvent être passés qu'après l'expiration du 16e trimestre d'études. Ils se subissent successivement et sans délai obligatoire.

Tout candidat qui n'aura pas subi le 1er examen, en novembre au plus tard, sera ajourné à la fin de l'année scolaire, et ne pourra prendre aucune inscription dans le cours de cette année. Un droit de 55 fr. est versé pour chacune des épreuves. Le candidat ajourné à une épreuve perd 30 fr.; il lui est remboursé 25 fr. Le délai d'ajournement est de 3 mois.

Aux termes du décret du 1er août 1883, les *aspirants au titre d'officier de santé* font quatre années d'études, pendant lesquelles ils prennent 16 inscriptions trimestrielles, dont chacune donne lieu aux droits de bibliothèque et de travaux pratiques exigés des aspirants au Doctorat. En prenant leur 1re inscription, les candidats au grade d'officier de santé doivent, à défaut d'un diplôme de bachelier, justifier du certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial, ou du certificat d'examen de grammaire complété par un examen portant sur les éléments de physique, de chimie et d'histoire naturelle, conformément au programme d'études de l'enseignement spécial. Ils sont tenus de produire, en outre, les mêmes pièces que les aspirants au Doctorat.

A la fin de chacune des trois premières années, ils subissent un examen, dont les droits sont de 30 fr., sur les matières suivantes : — Examen de 1re année : Physique, chimie. histoire naturelle et premiers éléments d'anatomie (ostéologie et arthrologie). — Examen de 2e année : Anatomie descriptive et physiologie. — Examen de 3e année : Pathologie interne et pathologie externe.

Le candidat ajourné à l'examen de fin d'année peut se représenter de nouveau au mois de novembre suivant; s'il échoue à cette dernière session, il est renvoyé à la fin de l'année suivante, et le cours de ses inscriptions est suspendu.

Les examens définitifs sont au nombre de trois et ne peuvent être subis qu'après la 16e inscription, devant la Faculté ou École dans la circonscription de laquelle l'officier de santé doit exercer. Le 1er examen définitif, dont les droits sont de 100 fr., comprend l'anatomie, la physiologie et une épreuve de dissection, éliminatoire.— Le 2e examen définitif. dont les droits sont de 110 fr., comprend la pathologie interne, la pathologie externe, la thérapeutique, la matière médicale et une épreuve pratique de médecine opératoire, éliminatoire. — Le 3e examen définitif, dont les droits sont de 210 fr., comprend la clinique interne, la clinique externe et la clinique d'accouchements.

Les cours de la Faculté, les exercices pratiques, le stage dans les hopitaux, sont obligatoires, dans les conditions indiquées par les règlements.

Des prix sont décernés à la suite de concours spéciaux ouverts à la fin de l'année scolaire entre les aspirants au Doctorat. Un prix et des mentions sont également accordés aux auteurs des meilleures thèses. Un prix, dit d'internat, fondé par le Dr Bénit, est donné par concours aux élèves aides de clinique et internes. Des concours sont ouverts chaque année pour des places rétribuées d'aides et de préparateurs dans les différents laboratoires, dans le service d'anatomie, ainsi que dans les hopitaux. — Les parents ou tuteurs sont tenus au courant de la situation scolaire de leurs fils ou pupilles.

Le registre des inscriptions est ouvert depuis le lundi 24 octobre; il fermera le lundi 21 novembre. Les cours et les examens ont commencé le 3 novembre. Les salles de dissection, les musées et la bibliothèque sont ouverts depuis le 20 octobre. Les cours du semestre d'hiver commencent le 3 novembre, ceux du semestre d'été, le 16 mars. Les laboratoires sont ouverts du 4 novembre au 15 juillet (art. 3 de l'arrêté du 18 mai 1880).

Doyen honoraire : M. STOLTZ. — *Professeurs honoraires* : MM. STOLTZ. V. PARISOT, HERRGOTT, ROUSSEL, DEMANGE, BÉCHET. — *Professeur adjoint* : M. E. PARISOT.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE NANCY.

ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

Semestre d'hiver. — 3 novembre au 15 mars.

Cours.

Chimie minérale : M. JACQUEMIN, chimie minérale appliquée, mardi. mercredi, 2 h. 1/2. — *Histoire naturelle* : M. BLEICHER, micrographie, organographie, physiologie, lundi, jeudi, 10 h. — *Matière médicale* : M. GODFRIN. notions générales, drogues tirées des Cryptogames. mardi, vendredi. 10 h. — *Pharmacie* : M. HELD, agrégé, chargé du cours, étude et analyse des médicaments de nature minérale. mercredi, vendredi. 9 h. — *Toxicologie et physique* : M. SCHLAGDENHAUFFEN, étude des empoisonnements, lundi, mercredi, 9 h.

Cours complémentaires.

Chimie organique : M. JACQUEMIN, chimie organique sériale appliquée, 11 h., chimie des corps organisés. mardi, mercredi, 9 h. — *Pharmacie galénique* : — M. DELCOMINETE, étude des médicaments galéniques. mardi. samedi, 11 h., jeudi, 9 h. — *Zoo-*

logie: M. THOUVENIN, complément du cours magistral, jeudi, 11 h.; samedi, 11 h. — *Minéralogie et hydrologie:* M. KLOBB, description des principales espèces minérales, mardi, 9 h.; vendredi, 11 heures.

Conférences.

Toxicologie: M. SCHLAGDENHAUFFEN, interrogations, lundi, 10 h. — *Chimie analytique:* M. KLOBB, analyse minérale qualitative et quantitative, mardi, jeudi, 1 h. 1/4; samedi, 8 h. 1/4.

Travaux pratiques.

Chimie : MM. JACQUEMIN et KLOBB, élèves de 1re année. lundi, jeudi, de 2 h. à 5 h. et samedi, de 9 h. à midi. — *Chimie analytique :* MM. JACQUEMIN et KLOBB, élèves de 2e année, mardi, jeudi, de 2 h. à 5 h. — *Micrographie générale :* MM. BLEICHER et THOUVENIN, élèves de 2e année, vendredi, de 2 h. à 5 h. — *Pharmacie galénique :* M. DELCOMINÈTE, élèves de 3e année, lundi, mardi, de 1 h. à 5 h. — *Micrographie appliquée :* MM. GODFRIN et THOUVENIN, élèves de 3e année, samedi, de 2 h. à 5 h. — *Recherches pour les thèses :* M. JACQUEMIN, élèves de 4e année, tous les jours.

Semestre d'été. — 16 mars au 31 juillet.

Cours.

Chimie minérale: M. JACQUEMIN, chimie minérale appliquée, mardi, mercredi, 2 h. 1/2; jeudi, 11 h. — *Histoire naturelle:* M. BLEICHER, Dicotylédones polypétales et monopétales, lundi, jeudi, 9 h. — *Matière médicale:* M. GODFRIN, drogues tirées des Monocotylédones et des Conifères, mardi, vendredi, 9 h. — *Pharmacie:* M. HELD, agrégé chargé du cours, médicaments chimiques de nature organique, mercredi, vendredi, 8 h. — *Toxicologie et physique :* M. SCHLAGDENHAUFFEN, applications de la physique à la pharmacie, à la chimie et à la toxicologie, lundi, mercredi, 8 h.

Cours complémentaires.

Chimie organique: M. JACQUEMIN, chimie des corps organisés, mardi, mercredi, 11 h. — *Zoologie:* M. THOUVENIN, complément du cours magistral, mardi, vendredi, 10 h.—*Minéralogie et hydrologie:* M. KLOBB, étude des eaux douces, généralités sur les eaux minérales, mardi, 8 h.; vendredi, 11 h.

Conférences.

Chimie analytique : M. KLOBB, analyse minérale quantitative. Notions sur l'analyse organique, mardi, 1 h. 1/4, analyse minérale qualitative, samedi, 8 h. 1/4.

Travaux pratiques.

Chimie minérale: MM. JACQUEMIN et KLOBB, élèves de 1re annee. mardi, 9 h. à midi; samedi 9 h. à midi. — *Herborisations:* M. BLEICHER, élèves de 1re, 2e et 3e années, jeudi, 2 h. — *Chimie organique :* MM. JACQUEMIN et KLOBB, élèves de 2e année, lundi, 1 h. à 5 h. — *Micrographie générale :* MM. BLEICHER et THOUVENIN, élèves de 2e année, vendredi, 2 h. à 5 h. — *Pharmacie:* M. HELD, élèves de 2e année, mardi, 2 h. à 5 h. — *Chimie. Toxicologie :* MM. JACQUEMIN et KLOBB, élèves de 3e année, mardi, 2 h. à 5 h. — *Physique appliquée:* M. SCHLAGDENHAUFFEN, élèves de 3e année, lundi, 2 h. à 5 h. — *Micrographie appliquée:* MM. GODFRIN et THOUVENIN, élèves de 3e année, samedi, 2 h. à 5 h. Les cours et examens ont commencé le 5 nov., les travaux pratiques débuteront le 12 novembre. Les inscriptions seront reçues du 25 octobre au 20 novembre. L'examen de validation de stage aura lieu le jeudi 5 novembre à 9 heures du matin.

Nancy, 26 octobre 1888.

Monsieur le Rédacteur en chef et honoré Confrère,

Depuis ma dernière lettre, je ne vois pas que la situation de notre Faculté ait subi de grands changements ; cependant je vous signalerai d'abord, avec la plus vive satisfaction, l'augmentation croissante depuis deux ans du chiffre de nos étudiants. D'autre part, diverses améliorations ont été effectuées sans bruit d'ailleurs, sans réclame tapageuse, surtout en ce qui concerne nos hôpitaux. Et d'abord la création d'un laboratoire des cliniques, installé dans les bâtiments du nouvel hôpital, confié à notre agrégé de chimie, M. le docteur Guérin et qui donnera surtout d' importants résultats le jour où sera résolue, à la satisfaction du corps médical, la question toujours pendante, de la pharmacie centrale des hôpitaux. Cette question a été de nouveau agitée cette année; elle a fait un progrès sérieux et seules des considérations budgétaires l'ont fait ajourner encore. Il est vrai que nous avons été dotés d'un directeur d'hôpital dont la nécessité se faisait bien moins sentir.

A vous citer encore les modifications apportées au pavillon d'isolement. A l'isolement factice d'autrefois a succédé un isolement réel, autant du moins qu'il est possible de le faire dans un hôpital général. Au lieu de quatre salles communiquant entre elles par des couloirs communs, nous avons actuellement dix salles s'ouvrant chacune par une porte-fenêtre sur les jardins, n'admettant que deux ou trois lits au plus et disposés en éventail autour de la partie centrale du pavillon où se trouve l'office et les services accessoires.

A l'hôpital départemental de secours où tant d'améliorations ont déjà été apportées, c'est le service des vénériennes qui a été le plus favorisé cette année. Sans doute la campagne entreprise l'année dernière par le *Progrès médical* n'a-t-elle pas été tout à fait étrangère à cette détermination. Si en effet votre correspondant a vu les choses bien en noir, s'il y avait beaucoup à objecter aux appréciations un peu hâtives qu'il a cru pouvoir formuler, il est certain que cette partie de nos services hospitaliers laissait le plus à désirer. Cette année, grâce à la libéralité du Conseil général, un bâtiment nouveau a été construit ; il comprend, outre une installation de bains, un réfectoire et une salle de pansements aussi confortable qu'il est possible de la désirer. Ces constructions étaient depuis longtemps décidées en principe et leur exécution avait été retardée uniquement parce qu'il fallait employer les ressources disponibles chaque année pour des malades plus intéressants à coup sûr que les hôtes de cette partie de la maison départementale de secours (service des maladies des enfants, des maladies cutanées, etc.

Restent deux questions d'une importance majeure pour notre Faculté : celle de l'Institut anatomique et de la création de l'Ecole de santé du service militaire. La première est à peu près résolue : les plans sont prêts et donnent une entière satisfaction aux besoins de ce service ; seules quelques difficultés relatives à l'acquisition de terrains arrêtent encore l'exécution du projet; mais l'entente à ce sujet ne tardera pas à s'établir et, à son défaut, l'expropriation pour cause d'utilité publique permettra bientôt, nous l'espérons, de commencer des travaux d'un si grand intérêt pour notre Ecole. S'il n'avait fallu placer ce grand établissement d'instruction à proximité de nos établissements hospitaliers, notre Institut anatomique serait certainement déjà prêt à fonctionner, comme l'est l'Institut chimique.

Vient la question de l'Ecole du service de santé militaire. Il serait trop long de discuter ici les arguments qui militent en faveur de l'établissement de cette Ecole à Nancy, dans l'intérêt de l'institution elle-même, comme dans celui de notre Faculté et de la région de l'Est, si importante aujourd'hui au point de vue militaire et patriotique.

On peut discuter l'opportunité d'une Ecole de service de santé militaire en dehors de l'Ecole d'application du Val-de-Grâce; mais si l'Ecole doit être réorganisée, on ne peut opposer que des faux-fuyants aux justes revendications de la Faculté de Nancy, de l'ancienne Faculté de Strasbourg. Quelles objections ferait-on à la création de l'Ecole à Nancy ?

Les ressources cliniques et de laboratoires sont amplement suffisantes. La création du nouvel Institut anatomique ouvrira aux études de beaux laboratoires largement aménagés ; le matériel anatomique grâce aux négociations engagées avec divers établissements hospitaliers pourra être aussi considérable que le fournirait n'importe quelle ville. Le chiffre restreint de nos élèves civils (car le plus grand nombre de nos étudiants se destine à la médecine militaire) permettra aux maîtres d'appliquer toutes ces ressources et toute leur sollicitude à l'instruction des futurs médecins de l'armée. La Faculté de Nancy deviendra une école presque exclusivement militaire; les élèves du service de santé n'y seront pas, comme ils le seraient ailleurs, perdus dans une population trop nombreuse d'élèves civils.

Quant à notre situation à la frontière, en quoi cette objection, qui répugne d'ailleurs à notre patriotisme, peut-elle atteindre une école de médecine qui n'a pas de matériel de guerre, ni même de matériel scientifique à elle, car celui-ci lui est fourni par la Faculté ? En temps de guerre, élèves militaires et civils sont disséminés dans les ambulances et les hôpitaux; la Convention de Genève les garantit contre la captivité. Aucun élève de l'ancienne Ecole de Strasbourg n'a été fait prisonnier ;

tous ont rendu de grands services dans les ambulances de la frontière et de l'intérieur.

Je n'insiste pas davantage, pour vous signaler en terminant les changements survenus dans notre personnel enseignant : l'année dernière, MM. Spillmann et Herrgott ont été appelés aux chaires de clinique médicale et de clinique obstétricale; les cliniques complémentaires des maladies syphilitiques et cutanées et des maladies des enfants ont été confiées à MM. Schmitt et Simon, agrégés. Cette année, la retraite nous enlève notre éminent et vénéré doyen, M. le professeur Tourdes, nommé doyen honoraire à partir du 1er novembre, après avoir pendant de longues années enseigné à Strasbourg et à Nancy la médecine légale et conquis dans cette branche de nos études une autorité incontestée (1).

Veuillez agréer, Monsieur le rédacteur en chef, l'expression de mes meilleurs sentiments. X.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE.

Programme du semestre d'hiver.

OUVERTURE LE 3 NOVEMBRE 1887.

Cours.

Anatomie normale : M. DEBIERRE, professeur. I. Système locomoteur. Ostéologie, arthrologie, myologie. Nerfs craniens. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures, à la Faculté (amphithéâtre n° 1). — *Histologie.* : M. TOURNEUX, professeur. Organes et appareils (2e partie du cours). Mardi, jeudi, samedi, à 5 h., à la Faculté (amphithéâtre n° 3). — *Anatomie pathologique et pathologie générale* : M. HERMANN, professeur. Anatomie pathologique générale. Altérations des éléments anatomiques; des tissus et des systèmes ; altérations du sang et de la lymphe ; altérations du cœur et des vaisseaux, des séreuses, du squelette, des muscles et du système nerveux. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h., à la Faculté (amphithéâtre n° 3). — *Pathologie chirurgicale* : M. BAUDRY, professeur. Pathologie chirurgicale générale : Etude des lésions traumatiques simples et compliquées. Pathologie chirurgicale spéciale : Affections chirurgicales de la tête. Mardi, jeudi, samedi, à 11 h. 1/4, à la Faculté (amphithéâtre n° 2). — *Clinique médicale* : M. WANNEBROUCQ, professeur-doyen. Leçons cliniques. Mardi, jeudi, samedi, à 8 h., à l'hôpital Saint-Sauveur. — *Clinique chirurgicale* : M. FOLET, professeur. Leçons cliniques. Lundi, mercredi, vendredi, à 8 h., à l'hôpital Saint-Sauveur. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques* : M. LELOIR, professeur. Leçons cliniques. Mardi, mercredi, vendredi, à 10 h., à l'hôpital Saint-Sauveur. — *Accouchements cours théorique*) : M. N..., chargé du cours. Lundi, vendredi, à 5 heures, à la Faculté (amphithéâtre n° 3). — *Hygiène* : M. ARNOULD, professeur. Hygiène général : Le sol ; l'eau; l'air. Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures, à la Faculté amphithéâtre n° 2). — *Chimie médicale et Toxicologie* : M. LESCŒUR, professeur. Toxicologie (3e partie du programme). Examen chimique des taches de différente nature, des écritures, etc. Falsification des principales denrées alimentaires. Lundi, samedi, à 5 h. Chimie minérale : Propriétés générales des corps. Mercredi à 5 h. à la Faculté (amphithéâtre n° 4). — *Physique médicale* : M. DOUMER, chargé du cours. Actions moléculaire (on traitera particulièrement des phénomènes de diffusion et d'osmose, et de leurs applications à la physiologie, à la chimie et à la médecine légale). Hydrodynamique : Lois de l'écoulement des fluides. Phénomènes physiques de la circulation. Chaleur : Effets de la chaleur. Calorimétrie. Sources de chaleur ; équivalant mécanique ; principes fondamentaux de la thermochimie, de la chaleur animale et du travail musculaire. Lundi, mercredi, samedi, à 9 h. 3/4, à la Faculté (amphithéâtre n° 5). — *Pharmacie et Pharmacologie* : M. LOTAR, professeur. Pharmacie chimique. Opérations dites de laboratoires. Etude pharmaceutique et pharmacologique des drogues simples d'origine animale et végétale. Mardi, vendredi, à 10 h. 3/4, à la Faculté amphithéâtre n° 4).

Cours complémentaires.

Ophthalmologie : M. DE LAPERSONNE, chargé du cours. Leçons cliniques. Lundi, vendredi, à 11 h., à l'hôpital Saint-Sauveur. — *Maladies des enfants et syphilis infantile* : M. CASTELAIN, chargé du cours. Affections pulmonaires et cardiaques de l'enfance. Jeudi, samedi, à 10 h. à l'hôpital Saint-Sauveur.

Conferences.

Conférences d'histoire naturelle. : M. BARROIS, agrégé. Zoologie médicale. Mardi, jeudi vendredi, à 9 h., à la Faculté (amphithéatre n° 1). — *Conférences d'anatomie* : M. CARPENTIER, chef des travaux anatomiques. Angéiologie. Système nerveux central. Nerfs rachidiens. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures, à la Faculté (amphithéâtre n° 1). — M. BERTAUX, prosecteur d'anatomie Ostéologie. Arthrologie. Myologie. Mardi, jeudi, vendredi, à 11 h. du matin, à la Faculté (amphithéâtre n° 1).

Travaux pratiques. Laboratoires.

Dissections : M. CARPENTIER, chef des travaux anatomiques. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Tous les jours, de 1 h. à 4 h., à la Faculté. — *Travaux du laboratoire des cliniques* : M. LOBER, chef du laboratoire. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Mercredi, vendredi, de 11 h. à midi, au laboratoire des cliniques. — *Travaux pratiques d'anatomie pathologique* : M LEGAY, chef des travaux d'anatomie pathologique et d'histologie. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations, Lundi, mercredi, vendredi, de 2 à 4 h., à la Faculté. — *Travaux pratiques d'Histoire naturelle* : M. DELPLANQUE, chef des travaux. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi, à la Faculté (*voir affiche ultérieure*). — *Manipulations chimiques et pharmaceutiques* : M. MORELLE, chef des travaux chimiques. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Lundi, mardi, mercredi, vendredi et samedi, de 2 à 5 h., à la Faculté. — *Exercices pratiques de physique* : M. DOUMER, chef des travaux de physique. Exercices pratiques, demonstrations et manipulations. Lundi, mardi, jeudi, samedi, de 2 h. à 5 h., à la Faculté.

Cours annexe.

Cours d'accouchements pour les élèves sages-femmes : M. GAULARD, professeur. Théorie des accouchements, accidents qui peuvent les précéder, les accompagner et les suivre. Mardi, jeudi, samedi à 5 h., à la Faculté (amphithéâtre n° 5). — *Doyen et professeur honoraire* : M. CAZENEUVE. — *Professeurs honoraires* : MM. GARREAU, PILAT et JOIRE. — *Agrégés* : MM. WERTHEIMER, DOUMER, DEMON, LEMOINE, F. DE LAPERSONNE, LAMBLING, MORELLE, THIBAUT, TH. BARROIS. — *Chefs de clinique* : MM. QUINT, DUMONT, SURMONT, CURTIS, TRACBET et N...

Dispensaires et consultations gratuites

A L'HÔPITAL SAINT-SAUVEUR.

Maladies internes, maladies des femmes et des enfants, maladies externes, maladies cutanées et syphilitiques, maladies des yeux, aux jours et heures indiqués par l'affiche spéciale.

Bibliothèque : M. MAGUIN, bibliothécaire. La bibliothèque est ouverte, tous les jours non fériés, de 10 h. à midi et demi et de 2 h. 1/2 à 6 heures.

Musées : M. DELPLANQUE, chargé des fonctions de conservateur. Les musées d'anatomie, d'histoire naturelle et de matière médicale sont ouverts les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, de 2 h. à 3 heures.

Semestre d'Été. Cours.

Physiologie : MM. WERTHEIMER, chargé du cours. Physiologie générale des muscles et des nerfs. Fonctions des centres nerveux et du système nerveux périphérique. Chaleur animale. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures, à la Faculté (amphithéatre n° 2). — *Pathologie interne et pathologie expérimentale* : LEROY, professeur. Rein. Foie. Cœur. Poumon. Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures, à la Faculté (amphithéâtre n° 3). — *Thérapeutique et matière médicale* : LEMOINE, chargé du cours. Traitement des reins, du tube digestif des voies respiratoires. Mardi, jeudi, samedi, à 2 heures, à la Faculté, à la Faculté (amphithéatre n° 3). — *Opérations et appareils* : DUBAR, professeur. Opérations générales. Ligatures. Amputations. Résections. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures. — Opérations spéciales. Opérations qui se pratiquent sur les organes génito-urinaires de l'homme, à la Faculté (amphithéâtre n° 1). — *Clinique médicale* : L. HALLEZ, professeur. Leçons cliniques. Mardi, jeudi, samedi, à 8 heures, à l'hôpital de la Charité. — *Clinique chirurgicale* : PAQUET, professeur. Leçons cliniques. Lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures, à l'hopital de la Charité. — *Clinique obstétricale* : GAULARD, professeur. Leçons cliniques. Mardi, vendredi, à 8 heures, à l'hopital de la Charité. — *Médecine légale* : CASTIAUX, professeur. Coups et blessures. Examen des taches de sang. Différents genres de mort par asphyxie. Empoisonnements. Lundi, mercredi, vendredi, à midi, à la Faculté (amphithéatre n° 3). — *Accouchements (Cours théorique)* : DEMON, chargé du cours. Pathogie de la grossesse Dystocie. Mardi, samedi, à 5 heures, à la Faculté (amphitéatre n° 3). — *Histoire naturelle médicale* : MONIEZ, professeur. Botanique Familles végétales. Lundi, jeudi, samedi, à la 9 heures, à la Faculté (amphithéâtre n° 1). — *Chimie organique* : LAMBLING, chargé du cours. Chimie organique. — Etude méthodique des principales fonctions. Applications médicales (On etudiera spécialement cette année la série aromatique. Chimie biologique. 1. Phénomènes chimiques généraux du règne végétal et du règne animal. 2. Digestion. Sang, respiration, lymphe et chyle. Les principaux

(1) La mise à la retraite de M. le prof. Tourdes nous permet d'espérer que le ministre de l'instruction publique appliquera à tous les professeurs de l'enseignement supérieur (sciences, médecine, lettres, etc.) la mise à la retraite à 70 ans.

tissus et produits de sécrétion de l'organisme animal (tissu osseux, tissu musculaire, tissu nerveux, lait, urine, etc.) 3. Mutations de matières dans l'économie. Production de la chaleur animale. Lundi, mercredi, jeudi, à 5 heures, à la Faculté (amphithéâtre n° 4). — *Physique médicale* : DOUMER, chargé du cours. Acoustique. Il serait traité spécialement des phénomènes physiques de la phonation et de l'audition, et de la théorie physiologique de la musique. — Optique. Il sera traité spécialement de la théorie des lentilles ; des microscopes; des indices de refraction ; de la spectroscopie ; de la polarisation chromatique, de la polarisation rotatoire ; des phénomènes physiques de la vision. Lundi, mercredi, samedi, à 11 heures, à la Faculté, amphithéâtre n° 6). — *Pharmacie et Pharmacologie :* LOTAR, professeur. Etude pharmaceutique des médicaments préparés par solution, distillation, évaporation, combinaison et mélange. Etude pharmacologique des substances qui les composent. Mardi, vendredi, à 10 h. 3/4, à la Faculté (amphitéâtre n° 4).

Cours complémentaires.

Maladies nerveuses et mentales. MM. DUBIAU, chargé du cours. Leçons théoriques et leçons cliniques. Mardi, jeudi, à la Faculté (amphithéatre n° 6 et à l'Asile d'Armentières) — *Ophtalmologie* : F. DE LAPERSONNE, chargé du cours. Leçons cliniques. Mercredi, vendredi, à 10 heures, au dispensaire de l'hôpital Saint-Sauveur. *Maladie des enfants* : CASTELAIN, chargé du cours. Leçons cliniques, à l'hôpital Saint-Sauveur.

Conférences.

(Décret du 30 juillet 1886)

Conférences de matières médicales : M. MORELLE, agrégé. Médicaments fournis par les Dicotylédones, leurs caractères distinctifs, leur composition, leurs falsifications. Mardi, samedi, à 10 heures, à la Faculté (amphithéâtre n° 4).

Cours annexe.

Cours d'accouchements pour les élèves sages-femmes : M. GAULARD, professeur. Theorie des accouchements ; accidents qui peuvent les précéder, les accompagner et les suivre. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures, à la Faculté (amphithéâtre n° 6.)

Travaux pratiques.

Herborisations : MM. MONIEZ, professeur d'Histoire naturelle médicale (Jours et heures indiqués par avis spécial). — *Exercices pratiques de Physique* : DOUMER, chef de travaux de physique. Lundi, mardi, samedi, de 2 à 5 heures, au laboratoire des travaux pratiques de la Faculté. — *Travaux pratiques de Médecine opératoire* : CARPENTIER, chef des travaux. Lundi, mercredi, vendredi de 3 à 5 heures, à l'amphithéâtre de dissection. — *Travaux pratiques de Physiologie* : WERTHEIMER, chargé du cours. Mardi et jeudi, de 1 heure à 3 heures, aux laboratoires des travaux pratiques de la Faculté. — *Travaux pratiques d'Histologie* : LEGAY, chef des travaux. Mercredi et vendredi, de 2 à 4 heures. Aux laboratoires des travaux pratiques de la Faculté. — *Travaux pratiques de Micrographie et d'Histoire naturelle* : DELPLANQUE, chef des travaux d'histoire naturelle. Mardi, de 8 à 10 h. ; lundi et jeudi, de 2 heures à 5 heures, aux laboratoires des travaux pratiques de la Faculté. — *Manipulations chimiques et pharmaceutiques* : MORELLE, chef des travaux chimiques. Lundi, mardi, mercredi, vendredi, samedi, de 2 heures à 5 heures, aux laboratoires des travaux pratiques de la Faculté. — *Travaux du laboratoire de cliniques* : LOBER, chef du laboratoire. Exercices pratiques et manipulations des élèves en cours d'études. Lundi et jeudi, de 11 heures à midi, au laboratoire des cliniques.

Dispositions réglementaires.

Les inscriptions trimestrielles doivent être prises du 2 au 15 novembre, du 3 au 15 janvier, du 1er au 15 avril, du 1er au 15 juillet; munis d'un bulletin de versement qui leur sera délivré par le secrétaire de la Faculté, les étudiants se présenteront à la caisse du receveur des droits universitaires, 245, rue Solférino, pour acquitter les droits exigés. Les aspirants au Doctorat doivent, pour être admis à prendre la 1re inscription, produire les diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint pour la partie mathématique (Décret du 20 juin 1878), ou, à la place de celui-ci, le diplôme de bachelier de l'enseignement spécial (Décret du 28 juillet 1882). Les aspirants au Diplôme supérieur de pharmacie doivent justifier du grade de pharmacien de 1re classe et de celui de licencié ès sciences physiques ou ès sciences naturelles et soutenir une thèse ; à défaut du grade de licencié, ils ont à accomplir une 4e année d'études pharmaceutiques, et à subir un examen comprenant une épreuve écrite, une épreuve pratique, et une épreuve orale sur les matières des licences ès sciences physiques et naturelles appliquées à la pharmacie (Decret du 12 juillet et arrêté du 31 juillet 1878). Les aspirants au grade de pharmacien de 1re classe doivent justifier, avant de prendre la première inscription, du grade de bachelier ès-lettres ou de celui de bachelier ès-sciences complet, ou de celui de bachelier de l'Enseignement secondaire spécial, de 3 ans de stage accompli dans une officine et validé par un examen spécial. (Décret du 26 juillet 1885). A moins d'avoir obtenu, avant le 1er novembre 1887, soit le certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial, soit le certificat de l'examen de grammaire complété par l'examen scientifique; les aspirants au titre d'officier de santé devront, pour être admis à prendre la 1re inscription, produire le certificat d'études établi par le décret du 3 juillet 1886. Les aspirants au titre de pharmacien de 2e classe doivent produire le certificat de grammaire, ou le certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial, et, en outre, justifier de trois ans de stage accompli dans une officine et validé par un examen spécial. Décret du 26 juillet 1885), pour prendre la 1re inscription de scolarité. Pour prendre la 1re inscription de stage, ils devront justifier du nouveau certificat d'études institué par le décret du 30 juillet 1886, à moins d'avoir obtenu avant le 1er novembre, soit le certificat de grammaire complété, soit le certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial. (Décret du 30 juillet 1886). La session de novembre des examens de validation de stage officinal s'ouvrira, à la Faculté, le 4 novembre prochain ; celle des examens de fin d'année, le 5 du même mois. Le stage hospitalier des étudiants en médecine commence pour les aspirants au doctorat, avec la 9e inscription, et pour les aspirants à l'officiat, avec la 5e.

Lille, 2 novembre 1888.

La Faculté de médecine de Lille suit modestement, mais sûrement, une voie régulière de développement et de progrès. L'année qui vient de s'écouler a vu le chiffre des inscriptions dépasser 1.100; il était, l'an dernier, de 1.055. La progression, depuis la fondation, est constamment croissante.

L'enseignement médico-chirurgical et pharmaceutique comprend aujourd'hui vingt et une chaires magistrales, quatre cours complémentaires et plusieurs conférences. Tout fait espérer que plusieurs cours complémentaires, notamment la clinique ophtalmologique, seront prochainement transformés en chaires magistrales. Le personnel pour ces transformations est prêt et présente, dès maintenant, toute garantie de science et d'expérience.

Les laboratoires bien installés, malgré la gêne momentanée produite par l'hospitalité offerte aux Facultés de droit et des lettres dans les bâtiments de la Faculté de médecine, sont richement outillés et assurent un fonctionnement régulier des travaux pratiques en même temps qu'ils permettent aux professeurs de poursuivre leurs recherches personnelles.

Les cliniques sont suffisamment alimentées de malades, suffisamment, mais rien de plus. la Faculté catholique prélevant pour sa part deux cents malades sur l'ensemble fourni par les diverses circonscriptions de la ville. Aussi, pensons-nous qu'il y a lieu de réfléchir et de se rendre bien compte des nécessités de l'enseignement avant de donner suite au projet actuellement à l'étude et tendant à la création de services hospitaliers indépendants de la Faculté. Multiplier les services, donner aux médecins des hôpitaux nommés au concours le droit à l'enseignement libre, cela est théoriquement parfait et désirable, à tous les points de vue, surtout au point de vue d'une émulation salutaire, mais encore faut-il considérer les besoins de l'enseignement officiel et ne pas dépouiller ses cliniques dont chacune ne compte en moyenne que soixante lits. Si l'on persiste dans ces projets, une première opération est nécessaire : mettre la main sur les deux cents lits de la Faculté libre ; en dehors de cela l'appauvrissement est à redouter. Mais des traités lient, disent les uns, paraissent lier, disent les autres, l'administration hospitalière et l'Institut catholique; qne cette question juridique préalable soit tranchée; après on verra. Jusque-là soyons prudents et ne préjugeons rien. Qu'on se garde, en attendant, d'affaiblir avec l'illusion de fortifier.

La Bibliothèque possède 12,000 volumes. Le nombre des publications périodiques qu'elle reçoit est de 115. Elle compte une moyenne journalière de quarante-cinq lecteurs, son budget ne saurait être apprécié, car il se trouve actuellement indivis avec celui de la bibliothèque juridique, de la bibliothèque littéraire et de la bibliothèque scientifique. Ces quatre sections sont alimentées aux dépens d'une masse commune.

Pour terminer, rappelons que la Faculté de médecine de Lille est devenue depuis le 1er novembre Faculté de l'Etat ; son budget cesse d'être municipal, en même temps ses profes-

seurs viennent d'être admis à établir leurs droits au classement. Si nous ajoutons que la Chambre vient de voter le transfert à Lille du siège de l'Académie, nous pourrons conclure que l'année scolaire 1888-89 commence heureusement pour l'enseignement supérieur lillois, aujourd'hui massé et très préparé pour la lutte qu'il a à soutenir contre l'enseignement rival.

Cordial souvenir, Dr X.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON.

Année scolaire 1888-1889.

Ouverture des cours le 3 novembre.

Professeurs honoraires : MM. Desgranges, B. Teissier, Paulet, Bouchacourt, Chauveau.

Cours et cliniques.

Cliniques médicales : M. Lépine, professeur; clinique tous les matins, à 8 h. 1/2; leçons : mardi, jeudi et samedi, de 10 h. à 11 h. Hôtel-Dieu. — M. Bondet, professeur, semestre d'été. Hôtel-Dieu. Les Cliniques générales sont ouvertes a tous les étudiants. — *Cliniques chirurgicales* : M. Ollier, professeur; clinique tous les matins à 9 heures; leçons: lundi, mercredi, et vendredi, de 10 h. à 11 h., Hôtel-Dieu; — M. L. Tripier, professeur, semestre d'été. Hôtel-Dieu (Les Cliniques générales sont ouverte à tous les étudiants). — *Clinique obstétricale* : M. Fochier, professeur; leçon clinique, les mardi, jeudi, samedi, de 5 h. à 6 h. Visite et examen tous les matins à 8 h., à la Charité. Médecine, 4e année.— *Clinique ophtalmologique* : M. Gayet, professeur; clinique, mardi, samedi, de midi 1/2 à 1 h. 1/2. Hôtel-Dieu. Médecine, 4e année. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques* : M. Gailleton, professeur; leçon : mardi, vendredi, de 8 h. à 9 h., Antiquaille. Médecine, 4e année. — *Chimie minérale* : M. Glénard, professeur; leçon : lundi, mercredi, vendredi, de 1 h. 1/2 à 2 h. 1/2. Amphithéâtre de chimie. Médecine, 1re année. Pharmacie, 1re et 2e années.— *Matière médicale et botanique*. M. Cauvet, professeur; leçon, mardi, jeudi, samedi, de 3 à 4 h. Amphithéâtre C. Médecine, 4e année. Pharmacie, 1re, 2e et 3e années. — *Zoologie médicale et anatomie comparée* : M. Lortet, professeur; leçon, mardi, jeudi, samedi, de 1 h. 1/2 à 2 h. 1/2. Amphithéâtre A. Médecine, 1re année. Pharmacie, 1re et 2e années. — *Anatomie* : M. Testut, professeur; leçon, lundi, mercredi, vendredi, de 4 h. 1/2 à 5 h. 1/2. Amphithéâtre A. Médecine, 2e et 3e années. — *Anatomie générale et histologie.* : M. Renaut, professeur, leçon, mardi, jeudi, samedi, de 4 h. 1/2 à 5 h. 1/2. Amphithéâtre A. Médecine, 2e et 3e année. — *Pathologie interne* : M. Teissier, professeur; leçon, lundi mercredi, vendredi, de 3 à 4 h. Petit amphithéâtre B. Médecine, 3e et 4e année.— *Médecine légale* : M. Lacassagne, professeur; leçon, lundi, mercredi, vendredi, de 2 h. à 3 h. Amphithéâtre de la section C. La Morgue. Médecine, 4e année.

Cours du semestre d'été.

Maladies mentales : M. Pierret. — *Physique médicale* : M. Monoyer. — *Chimie organique et toxicologie* : M. Cazeneuve. — *Physiologie* : M. Morat. — *Pathologie externe* : M. Berne. — *Pathologie générale* : M. Mayet. — *Anatomie pathologique* : M. R. Tripier. — *Médecine opératoire* : M. Poncet. — *Médecine expérimentale et comparée* : M. Arloing.— *Hygiène* : M. Rollet. — *Thérapeutique* : M. Soulier.— *Pharmacie* : M. Crolas.

Enseignement complémentaire.

Clinique des maladies des enfants : M. Perroud, professeur adjoint; leçon, vendredi, à 9 h. 1/2. La Charité. Médecine, 4e année. — *Clinique des maladies des femmes* : M. Laroyenne, professeur adjoint; semestre d'été. La Charité. Médecine, 4e année. — *Accouchements* : M. Poullet, chargé d'un cours complémentaire; semestre d'été. Medecine. 3e année. — *Botanique* : M. Beauvisage, chargé d'un cours complémentaire; semestre d'été. Médecine, 1re année. Pharmacie, 1re année.

Enseignement auxiliaire.

Physique : M. Didelot, agrégé, conférence, mardi, samedi de 4 heures à 5 heures. Amphithéâtre de physique. Pharmacie. 1re et 3e année. — *Hydrologie et denrées alimentaires* : M. Florence, agrégé, conférence, lundi, vendredi, de 2 heures à 3 heures. Laboratoire de pharmacie, pharmacie, 3e année.— *Anatomie* : M. Jaboulay, agrégé, conférence, mardi, jeudi, samedi, de 3 h. 1/2 à 4 h. 1/2. Amphithéatre A. Médecine, 2e et 3e année. — *Pathologie externe* : M. Levrat, agrégé, conference, mardi, jeudi, samedi, de 4 heures à 5 heures. Petit amphithéatre B. Médecine, 2e et 3e année. — *Maladies cutanées et syphilitiques* : M. Augagneur, agrégé, conférence, mercredi, samedi, de 8 heures à 9 heures, Antiquaille. Médecine, 3e et 4e année.

Conférences du semestre d'été.

Chimie biologique : M. Linossier. — *Minéralogie* : M. Didelot. — *Toxicologie* : M. Hugounenq. — *Pathologie interne* : M. Lannois. — *Embryologie* : M. Jaboulay. — *Histologie* : M. X... — *Médecine opératoire* ; M. Levrat. — *Maladies cutanées et syphilitiques* : M. Augagneur.

La *Bibliothèque* de la Faculté est ouverte aux élèves tous les jours, le dimanche excepté, le matin, de 9 heures et demie à 11 heures et demie; l'après-midi, de 1 heure à 5 heures.

Lyon, le 30 octobre 1888.

Mon cher Rédacteur en chef,

L'année qui commence va constituer dans la vie de notre Faculté une étape nouvelle dont il est difficile encore de mesurer l'importance et d'apprécier à l'avance les résultats. En 1889 en effet, les contrats qui lient l'administration de la ville prennent fin après douze ans d'existence, et la Faculté de Médecine de Lyon cessera d'être un établissement municipal, pour rentrer dans le giron de l'Etat. Bénéficierons-nous de ce nouvel état de choses, et verrons-nous doter plus largement certains services insuffisamment pourvus? Nous n'osons pas trop l'espérer, étant donné qu'on nous fait déjà prévoir une diminution sensible dans le budget annuel de l'école. Cette diminution, d'une soixantaine de mille francs à peu près, va nécessiter des remaniements importants dans le personnel, et dans certains appointements; le nombre des chefs de travaux et des préparateurs sera réduit, l'allocation qui leur était attribuée, diminuée; mais, chose plus grave encore, la Faculté a dû, pour boucler son budget, recourir à l'expédient regrettable de restreindre le nombre de ses agrégés. Il faut espérer d'ailleurs que cette mesure n'est pas définitive, et que M. le Ministre de l'Instruction publique nous fournira le moyen de remédier à une situation qui mettrait l'Ecole dans un état d'amoindrissement notoire en face des autres Facultés, compromettrait son recrutement, en faisant passer par les fonctions d'agrégé un nombre trop limité de jeunes médecins, et serait incompatible avec la bonne tenue des services, en réduisant par exemple, à 4, les agrégés destinés à assurer le service des examens et des suppléances pour les douze chaires de médecine. Pareille mesure enfin rendrait tout à fait impossible l'exécution des tendances actuelles et des projets sur la spécialisation des agrégés.

Je ne vous dirai pas, mon cher Rédacteur en chef, que Lyon désire la création de l'Ecole de Médecine militaire. Il est évident que nous ne saurions voir venir à nous, sans un très grand plaisir, de trois à quatre cents élèves nouveaux, qui rempliraient nos laboratoires et stimuleraient le zèle de nos étudiants, en répandant partout l'activité et une émulation féconde. Je ne vous rappellerai pas tous les éléments qui militent en notre faveur : nos vastes hôpitaux et leurs magnifiques cliniques toutes centralisées presque à l'Hôtel-Dieu, les beaux établissements que possède chez nous l'administration de la guerre, et où les élèves militaires trouveraient si facilement à se rendre utiles; nos superbes laboratoires dont l'installation ne laisse actuellement rien à désirer, et enfin nos riches collections centralisées dans notre vaste bibliothèque, où la Faculté de Médecine possède déjà pour son propre compte près de 18,000 volumes et où la Faculté des Sciences et la Société d'Agriculture ont déposé, pour les tenir à la disposition de nos lecteurs, l'une ses 6,500, l'autre ses 10,000 volumes. Souhaitons que tous ces arguments puissent convaincre ceux dont dépend la réalisation de nos vœux, et attendons patiemment la promulgation du décret qui fixera définitivement le siège de la nouvelle Ecole de santé.

Puisqu'il est question de bibliothèque, permettez-moi de me faire l'écho des plaintes nombreuses auxquelles a donné lieu cette année la mise en vigueur des nouvelles mesures relatives au prêt des livres. Il est à remarquer en effet que ce ne sont pas toujours les élèves les plus laborieux qui emportent chez eux les ouvrages de notre bibliothèque : ces livres sont gardés souvent fort longtemps par le même individu, ou bien sitôt rendus, ils passent en d'autres mains; si bien que le jour où un médecin ou même un professeur de la Faculté aura besoin de faire une recherche urgente, il ne trouvera pas le livre qui lui était nécessaire. Cette mesure est donc éminem-

ment préjudiciable aux élèves travailleurs ou aux médecins occupés à la rédaction d'un travail important. Je ne parle pas des ouvrages perdus ou altérés... on me dit que leur nombre est considérable; je me place seulement au point de vue des intérêts les plus respectables. Si donc ce règlement : ne peut être rapporté, ses effets ne pourraient-ils pas être atténués en limitant le service des prêts aux livres existant en double exemplaire.

L'année écoulée ne s'est signalée par aucun événement scolaire digne de fixer particulièrement l'attention : le nombre des élèves, comme celui des examens et des thèses, s'est maintenu au même taux satisfaisant ; il n'y a pas eu de changement notoire à signaler dans le personnel enseignant. De ce côté donc je n'ai rien d'intéressant à vous communiquer. Je ne saurais cependant clore cette lettre sans rappeler la profonde et patriotique impression qu'a laissée dans le cœur de tous ceux qui ont assisté à cette cérémonie solennelle, la visite dont le chef de l'Etat a bien voulu honorer nos groupes universitaires. C'est dans le grand hall de la Faculté de Médecine que tout le corps enseignant, entouré des délégations des sociétés savantes, a reçu M. le Président Carnot, et c'est en présence de cette imposante assemblée, et au milieu de l'émotion générale que le Président de la République a remis à l'Association des Etudiants, le drapeau tricolore orné de la cravate violette aux palmes d'argent, que les maîtres des quatre Facultés réunies offraient à leurs élèves, et qui deviendra un jour, peut-être, la bannière de l'Université lyonnaise.

Veuillez agréer, etc. Docteur Z...

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX.

ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

Semestre d'hiver. (3 novembre — 15 mars.)

Cours.

Anatomie: M. BOUCHARD. Organes des sens, angéiologie. Lundi Mercredi, et Vendredi, à 1 heure. — *Anatomie générale et histologie:* M. VIAULT. Etude des tissus et des systèmes anatomiques. Lundi, Mecrredi, Vendredi, à 5 heures. — *Pathologie interne*: M. DUPUY. Les maladies des annexes des voies digestives. Les maladies des reins et des voies urinaires. Mardi, Jeudi, Samedi, 4 heures. — *Therapeutique*: M. de FLEURY. Des médications fournies à la thérapeutique par le règne minéral. Mardi, Jeudi, Samedi, 3 heures. — *Pathologie externe*: M. AZAM. Maladies chirurgicales des organes génitaux et des organes urinaires. Lundi, Mercredi, Vendredi, 2 heures. — *Pathologie et thérapeutique générales*: M. VERGELY. Troubles généraux dans l'appareil digestif. Mardi, Jeudi. Samedi, à 5 heures. — *Médecine légale*. M. MORACHE : Questions médico-légales soulevées par l'application du Code civil. Naissance. Filiation. Mariage. Grossesse. Responsabilité. Identité. Mort. Déontologie médicale. Secret. Lundi, Mercredi, Vendredi, 3 heures. — *Matière médicale*: M. PERRENS. Médicaments hypersthénisants substitutifs et spéciaux Lundi, Mercredi, Vendredi, à 1 h. — *Chimie*: M. BLAREZ. Etude des principaux composés de la chimie minérale au point de vue médical et pharmaceutique. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 10 heures.

Semestre d'été. (16 mars — 31 juillet.)

Physiologie : M. ORÉ. Fonctions de nutrition (*suite et fin*). Absorption. Chaleur animale. Sécrétion. nutritive et générale. Mardi, Jeudi, Samedi, à 4 heures. — *Médecine expérimentale*: M. JOLYET. Des fonctions du système nerveux central. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 5 heures. — *Hygiène*: M. LAYET. Hygiène infantile, scolaire et pédagogique. Hygiène militaire et navale. Mardi, Jeudi, Samedi, à 5 heures. — *Anatomie pathologique*: M. COYNE. Altération des éléments anatomiques. Néoplasmes pathologiques. Lésions de l'appareil respiratoire Lundi, Mercredi, Vendredi, à 3 heures. — *Médecine opératoire* : M. MASSE. Opérations pratiquées sur le thorax et l'abdomen. Mardi, Jeudi, Samedi, à 3 heures. — *Physique* : M. MERGET Chaleur. Electricité statique. Electricité dynamique. Mardi, Jeudi, Samedi, à 10 heures. — *Histoire naturelle*: M. GUILLAUD. Etude botanique et médicale des familles Polypétales et Gamopétales. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 8 heures — *Pharmacie*. : M. FIGUIER. Les médicaments d'origine organique. Lundi, Mercredi, Vendredi. à 5 heures.

Cliniques.

SEMESTRE D'HIVER.

Clinique médicale. M. PICOT, hôpital Saint-André. Lundi. Mercredi, Vendredi, à 9 heures 1/2. — *Clinique chirurgicale*. M. LANELONGUE, hôpital Saint-André Mardi, Jeudi, Samedi, 9 heures 1/2. — *Clinique ophthalmologique*. M. BADAL, hôpital Saint-André. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 9 heures.

SEMESTRE D'ÉTÉ.

Clinique médicale: M. PITRES, hôpital Saint-André. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 9 heures 1/2. — *Clinique chirurgicale* : M. DEMONS, hôpital Saint-André. Mardi, Jeudi, Samedi, à 9 heures 1/2. — *Clinique obstétricale* : M. MOUSSOUS, hôpital Saint-André, Mardi, Jeudi, Samedi, à 8 heures.

Les indications relatives aux cliniques annexes sont l'objet d'affiches particulières.

Conférences et cours complémentaires.

SEMESTRE D'HIVER.

Accouchements : M. LEFOUR. Grossesse normale. Accouchement physiologique. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures. — *Physique*: M. BERGONIÉ. Acoustique et optique. Mardi, jeudi, samedi, à 10 heures. — *Histoire naturelle* : M. NABIAS. Zoologie médicale Mardi, jeudi, samedi, à 1 heures. — *Physiologie*: M. FERRÉ. Fonctions de reproduction. Mardi, jeudi, à 5 heures. — *Médecine opératoire*: M. DENUCÉ. Bandages, appareils, petite chirurgie, Mercredi, samedi, à 5 heures. — *Microbiologie* : M. ARTIGALAS. Microbiologie pratique et élémentaire. Mardi, samedi, à 4 heures. — *Médecine opératoire*: Opérations pratiques sur les organes génito-urinaires. — *Enseignement des élèves sages-femmes*: M. LEFOUR. 1re année. Anatomie et hysiologie. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures. 2e année. Cours complet d'accouchements. Lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures 1/2.

SEMESTRE D'ÉTÉ.

Chimie : M. CARLES. Etude des principaux composés de la Chimie organique, au point de vue médical et pharmaceutique. Mardi, jeudi, samedi. 5 heures. — *Chimie* : M. DENIGÈS. Chimie biologique. Mardi, mercredi, à 2 heures 1/2. — *Dermatologie*: M. ARNOZAN. Affections cutanées non syphilitiques. Mercredi, à 5 heures, samedi, à 4 heures. — *Séméiologie*: M. RONDOT. Auscultation et percussion. Mardi, jeudi, à 4 heures. — *Gynécologie* : M. MOUSSOUS, Affections de l'utérus et des ovaires. Mardi, vendredi, 4 heures. — *Pathologie externe*: M. BOURSIER, Maladies des tissus. — *Clinique chirurgicale* : M. PIÉCHAUD. Exercices de diagnostic. — *Manœuvres obstétricales* : M. LEFOUR. Exercices pratiques sur le mannequin. Tous les jours, à 4 heures.

Travaux pratiques obligatoires.

SEMESTRE D'HIVER.

Chimie médicale: M. DENIGÈS, agrégé, chef des travaux. Préparations de chimie minérale et organique. Préparations de quelques médicaments usuels. Etude analytique des humeurs normales et pathologiques. Vendredi, samedi, 2 à 4 heures. Conférence préparatoire. Vendredi, à 1 heure. — *Chimie minérale et pharmacie*: M. DENIGÈS, agrégé, chef des travaux. 1re *année* : Principales préparations de chimie. Pharmacie galénique et chimique. Analyse qualitative. Mardi, mercredi, de 2 à 5 heures. Conférence préparatoire (petit amphithéâtre à Saint-Raphaël). Lundi, à 8 heures 1/2 du matin. — *Chimie organique analytique et toxicologie*: 2e *année*: Principales préparations de chimie organique. Essais des substances médicamenteuses. Analyse chimique qualitative et quantitative. Toxicologie. Vendredi, samedi, de 2 à 5 heures. Conférence préparatoire (grand amphithéâtre à Saint-Raphaël). Vendredi, à 8 heures 1/2 du matin. — *Histoire naturelle (zoologie)*: M. NABIAS, agrégé, chef des travaux. Médecine (laboratoire d'histoire naturelle). Mardi, jeudi, de 8 à 10 heures. Pharmacie (laboratoire d'histoire naturelle). Mercredi, vendredi, de 8 à 10 heures. — *Dissection* : M. PLANTEAU, agrégé, chef des travaux. Institut anatomique de Saint-Julien : Dissections. Tous les jours, de 1 à 5 h. Conférences. Mardi, jeudi, samedi, à 1 heure. — *Anatomie pathologique*: M. COYNE, directeur. Laboratoire d'anatomie pathologique. Mardi, jeudi, samedi, à 1 heure.

SEMESTRE D'ÉTÉ.

Exercices de physique : M. MERGET, directeur. Médecine, laboratoire de physique, Lundi, mercredi, vendredi, de 7 à 10 heures. — *Exercices d'histoire naturelle* (botanique): M. NABIAS, agrégé, chef des travaux. Médecine (laboratoire d'histoire naturelle). Mardi, jeudi, de 8 à 10 heures. Pharmacie (laboratoire d'histoire naturelle). Mercredi, vendredi, de 8 à 10 heures. — *Médecine opératoire*: M. PLANTEAU, agrégé, chef des travaux, Institut anatomique. Conférence d'anatomie topographique et chirurgicale. Mardi, samedi, de 1 à 2 heures. Exercices pratiques. Mardi, Jeudi, Samedi, de 1 à 3 heures — *Physiologie* : M. ORÉ, directeur. Laboratoire de physiologie. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures. — *Anatomie pathologique*: M. COYNE, directeur. Laboratoire d'anatomie pathologique. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 3 heures. — *Chimie minérale et pharmacie, organique, analytique et toxicologie* : M. DENIGÈS agrégé, chef des travaux. Mêmes conférences et travaux qu'au semestre d'hiver. Lundi, à 1 h, mardi, mercredi, de 2 à 5 h., vendredi, samedi, de 2 à 5 h., jeudi, à 1 h. — *Physique*: M. SIGALAS, chef des travaux.

Pharmacie. Laboratoire de physique. Mardi, jeudi, samedi, de 2 à 5 heures. — *Histologie* : M. Ferré, agrégé, chef des travaux. Laboratoire d'histologie. Mardi, jeudi, samedi, de 2 à 4 heures.

Doyen honoraire : M. Denucé. — *Professeurs honoraires* : MM. Denucé, Micé.

Cours de la Faculté des Sciences utiles à la préparation au 1er examen du du doctorat en Médecine et aux examens en Pharmacie. — *Chimie organique*: M. Gayon, professeur, (Lundi, Vendredi, à 2 heures 1/2). — *Zoologie* : M. Pérez, professeur, (Jeudi, Vendredi et Samedi, à 8 h. 1/2 du matin). *Zoologie*: M. Kunstler, professeur adjoint. (Lundi, Mercredi, à 8 h. 3/4 du matin; Mardi, à 5 heures du soir. — *Botanique*: M. Millardet, professeur. (Lundi et Jeudi, à 8 heures du soir). — *Botanique* : M. Rodier, maître de Conférences, (Mardi à 8 h. 1/2 et à heures, Mercredi, à 5 heures du soir). — *Géologie et Minéralogie* : M. Fallot, professeur. (Jeudi et Samedi, à 5 heures du soir.)

PRIX DÉCERNÉS PAR LA FACULTÉ.

La Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux décerne un série de Prix à la suite de Concours distincts pour chacune des années d'études dans les deux ordres d'enseignement. — *Prix de Médecine* : 1re *Année*. Médaille d'argent et 100 fr. de livres. 2e *Année*. Médaille d'argent et 100 de livres. 3e *Année*. Médaille d'argent et 185 fr. de livres. 4e *Année*. Médaille d'argent et 185 de livres. Chacun des lauréats a droit, en outre, au remboursement des droits d'inscription afférents à l'année scolaire à laquelle se rapporte le concours. Des mentions honorables pourront être accordées en raison du nombre et du mérite des concurrents. *Prix du Conseil de la Gironde*: 300 fr. *Prix Godard* : 1. Pour Thèses de l'année : a. Une Médaille d'or de 500 fr.; *b*. Deux Médailles d'argent de 200 f.; *c*. Des Médailles de bronze. 2. Pour Docteurs stagiaires de la Faculté de Médecine de Bordeaux. Ce prix, de la valeur de 2000 fr., est destiné à faciliter, soit le voyage à Paris que nécessite actuellement le concours de l'agrégation, soit un voyage spécial d'études médicales à l'étranger; sont admis à concourir les Docteurs en médecine reçus depuis le 2 novembre 1886. — *Prix de Pharmacie*: 1re *Année*, Médaille d'argent et 30 fr. de livres. 2e *Année*. Médaille d'argent et 75 fr. de livres. 3e *Année*. Médaille d'or d'une valeur de 300 fr. Les immuités attachées à chacun de ces prix sont : pour les lauréats de 1er et 2e année la dispense des droits d'inscription et des droits d'examen afférents à l'année suivante ; pour les lauréats de 3 année, la dispense des droits des deux premiers examens de fin d'études et des certificats d'aptitude correspondants. Des mentions honorables pourront être accordées en raison du nombre et du mérite des concurrents. *Prix du Conseil général de la Gironde*. 200 fr. *Prix Barbet*. 50 fr. *Prix des Travaux pratiques*. 100 fr. de livres au lauréat de chaque année d'études. *Prix de la Société de Pharmacie*. Pour les examens de validation de stage : Deux Médailles de vermeil.

Les *Inscriptions* seront reçues tous les jours, de 10 heures à midi du 1er au 20 Novembre, et pour les trimestres de Janvier, Avril et Juillet, du 1er au 15 de ce mois. Les bacheliers reçus à la session de Novembre, les étudiants qui n'ont passé qu'en Octobre, Novembre les examens correspondant aux quatrième huitième et douzième inscriptions et les engagés conditionnelc d'un an, libérés à cette dernière époque, seront admis à se faire inscrire après leur réception ou leur libération. Il leur sera accordé à cet effet, après leur libération ou leur réception, un délai qui ne peut dépasser huit jours. Les *Consignations* pour les examens seront reçues tous les jours, à dater du lundi 15 Octobre, de 10 heures à midi. Une session, pour les ajournés du mois de Juillet, a eu lieu du mercredi 21 Octobre au mercredi 31. Pour les autres candidats, les Jurys fonctionnent à dater du 3 Novembre. Les examens de validation de stage officinal ont commencé le 5 Novembre, à 8 heures du matin. Les *Cours* ont commencé le 3 Novembre. Les *Travaux Pratiques* commenceront le 14 Novembre.

Bordeaux, 28 octobre 1888.

Mon cher Rédacteur en chef,

Le plus grand événement de l'année qui vient de s'écouler a été l'inauguration de notre Faculté de médecine et de pharmacie. Ses conséquences pour toute la région du sud-ouest, tant au point de vue scientifique qu'au point de vue médical proprement dit, sont d'autant plus heureuses qu'elles sont illimitées et que chaque jour un nouveau progrès se réalise à la satisfaction du plus grand nombre. Mon intention n'est pas, dans une simple correspondance annuelle, de réitérer ce que vous avez déjà fait dans le *Progrès médical*, de vous parler des divers discours prononcés à cette occasion. Témoin oculaire, vous avez mieux que qui que ce soit, traduit les vraies impressions de cette imposante cérémonie. Je veux simplement profiter de la circonstance qui m'est offerte de vous manifester tous nos remerciments pour l'invitation que vous avez si gracieusement acceptée.

Je me limiterai donc, et j'insisterai plus particulièrement sur certaines questions qui peuvent intéresser les lecteurs.

La bibliothèque, située au premier étage en façade, place d'Aquitaine, éclairée par de vastes fenêtres et chauffée par un calorifère, comprend : une salle de lecture des étudiants, mesurant 250 mètres ; une salle de lecture des professeurs, 65 mètres ; un cabinet pour le bibliothécaire, 20 mètres ; une salle de dépôt, 26 mètres. Joignez à cela des locaux situés au deuxième étage, qui seront certainement mis un jour à la disposition de la bibliothèque. C'est, du reste, un complément nécessaire destiné à éviter l'encombrement et à faciliter le bon arrangement des collections, revues, journaux, etc. La bibliothèque est ouverte tous les jours de deux heures à six heures et de huit à dix heures. Les étudiants régulièrement inscrits ont droit au prêt des livres. Le maximum du prêt est égal à cinq volumes comme nombre, à un mois comme durée. Quant aux autres conditions, ce sont celles de toutes les bibliothèques universitaires en général. C'est ainsi que les étudiants en médecine ont droit à l'usage des livres appartenant aux diverses bibliothèques (droit, sciences, lettres) et réciproquement. La bibliothèque de la Faculté est règlementée par l'arrêté ministériel du 20 novembre 1886. Son organisation est à peu de chose près la même que celle des autres Facultés de médecine des départements. Le personnel de la bibliothèque comprend un bibliothécaire aux appointements de 3.500 francs non compris un superbe logement qui lui sera réservé ; un sous-bibliothécaire à 1.200 francs ; un garçon à 1.000 francs. Le total général des volumes atteint le chiffre de 17.855. Le nombre des journaux à l'abonnement est de 72, non compris ceux qui sont envoyés à titre gracieux. Le budget fixé pour l'entretien du matériel, les abonnements, achats de livres, reliures, est de 3.500 francs. Mais en fait, le chiffre qui revient à la bibliothèque est plus élevé à cause d'une disposition toute particulière à la Faculté de Bordeaux. En effet, le produit des droits de bibliothèque qui excède la somme de 3.500 fr. allouée, est laissé par la Ville à la libre disposition de la bibliothèque. C'est ainsi que, pour l'année qui vient de s'écouler, l'excédent a égalé le chiffre de 667 fr. 50. Quant aux frais d'éclairage, de chauffage, l'entretien des bâtiments, ils sont tous à la charge du budget de la Faculté. A vrai dire, l'installation ne sera réellement définitive qu'à Pâques.

Il en est de même du jardin botanique. Il nous semble difficile, pour ne pas dire impossible, qu'avant cette date, tout puisse être livré. Les proportions de l'emplacement atteignent le chiffre de 24.400 mètres de superficie. Il est bordé par un ruisseau et comprend, en outre, une superbe pièce d'eau. Les travaux de terrassement sont presque terminés : les plantations vont commencer incessamment. Les constructions destinées au jardinier et à l'outillage sont élevées. L'édification des serres, de l'orangerie et le laboratoire du Directeur sera prochainement entreprise.

A l'heure actuelle, indépendamment de l'Institut anatomique sur lequel je me suis longuement étendu l'an dernier, et dont on apprécie chaque jour les immenses avantages, il n'y a de réellement installé que les services suivants :

1° le laboratoire de médecine expérimentale, qui comprend au rez-de-chaussée, une surface occupée de 180 mètres. Au sous-sol, 110 mètres ;

2° Le laboratoire d'anatomie pathologique et d'histologie mesurant l'un 180 mètres, plus 30 mètres en sous-sol ; l'autre 180 mètres. Tous ces laboratoires seront prêts à partir du 1er novembre, à cause de l'ouverture des travaux pratiques ;

3° Le laboratoire d'hygiène. Ce service de la Faculté est destiné à prendre une très grande importance due à ce que M. le Ministre du commerce et de l'industrie a exprimé à M. le Ministre de l'instruction publique le désir de voir les professeurs d'hygiène des Facultés de médecine être autorisés à s'occuper de toutes les questions se rattachant à l'étude des épidémies et aux mesures à prendre en vue d'en arrêter le développement. C'est là un heureux choix à tous les points de vue ; c'est une centralisation très utile, voire même nécessaire, d'autant que plusieurs agrégés seront adjoints à l'inspecteur

régional, à l'effet de se transporter sur le terrain des épidémies, d'en étudier l'invasion, le développement, de procéder aux autopsies, de faire les recherches chimiques, micrographiques, microbiologiques devenues nécessaires pour l'étude complète de questions au sujet desquelles on ne saurait trop s'entourer de garanties de toutes sortes. Il est encore question d'ajouter à ce service un service municipal d'hygiène pour l'inspection des écoles et l'étude des épidémies : nouvelle marque de déférence pour le professorat et qui lui fait le plus grand honneur ;

4° Le laboratoire de médecine légale, lui aussi, a 180 mètres ; mais il y a en plus une salle d'autopsie dans le sous-sol, de 40 à 50 mètres. La retraite de l'honorable médecin légiste attaché au Parquet, le Dr Lafargue, pourra peut-être permettre d'organiser un service à peu de choses semblable à celui de Paris. Il serait désirable qu'une partie des autopsies médico-légales se fissent à la Faculté, sous la direction du professeur, par un chef des travaux qui serait en rapport constant avec la justice. C'est une innovation nécessaire et du plus haut intérêt pour l'instruction médico-légale des élèves, si difficile, si ardue, si méticuleuse et si imprévue.

A cette création j'ajouterai une amélioration des plus importantes apportée pendant le semestre d'été dernier à l'enseignement obstétrical. Le Dr Lefour, professeur agrégé, chargé du cours complémentaire d'accouchements a organisé avec l'autorisation et l'appui du doyen de la Faculté, des manœuvres et exercices opératoires sur le mannequin. C'était là une lacune qu'il avait depuis longtemps à cœur de combler et qui vient admirablement compléter son enseignement du semestre d'hiver. Ce nouveau service fonctionne à l'instar de celui de Paris et, comme lui, il est appelé à donner les meilleurs résultats. Dirigés par l'agrégé, les exercices sont répétés par trois moniteurs. M. Lefour a dû faire appel ici à la bonne volonté de l'internat. Trois des internes les plus distingués des hôpitaux, MM. Daraignez, Audebert et Fage se sont gracieusement mis à sa disposition pour l'année 1888-89. Au commencement de chaque semaine, l'agrégé fera une conférence sur la manœuvre ou l'opération à pratiquer, et, tous les jours, les élèves inscrits mis en série, seront exercés, à tour de rôle par l'un des trois moniteurs. Quoique inauguré un peu tard l'année dernière, cet enseignement pratique n'en a pas moins eu un grand et légitime succès. Toutes les mesures sont prises, paraît-il, pour qu'il fonctionne régulièrement à partir du 15 mars prochain et cela jusqu'à la fin semestre d'été.

5° Les services de l'administration qui seront tous terminés à partir du 5 novembre.

Les sciences dites accessoires vont probablement, par le fait du départ de la Faculté, être autorisées par la ville à prendre possession des locaux de St-Raphaël et à donner plus d'extension à leurs services respectifs. Ce sera particulièrement heureux pour les travaux pratiques de chimie, qui, à l'heure actuelle, sont beaucoup trop à l'étroit et insuffisamment éclairés. Est-ce là pourtant une décision à caresser ? Nous ne le croyons pas. Pourquoi ne pas rendre St-Raphael à l'administration des hospices, qui en aurait tant besoin pour la création de quelques services nouveaux et ne pas transporter les services accessoires, soit dans les locaux situés en arrière de la nouvelle Faculté, ou encore dans les bâtiments affectés à l'hospice des vénériens, cours St-Jean, et qui ne sont séparés d'elle que par une rue de quelques mètres. Il y aurait un réel avantage à voir la Faculté ne former qu'un tout. Ce serait une simplification pour les services administratifs et une réunion heureuse pour les professeurs et pour les étudiants.

Il est encore quelques questions éminemment sérieuses sur lesquelles je désire insister. L'une d'elles a trait aux maladies vénériennes. Le Dr Venot arrive au 1er novembre à l'expiration de sa délégation décennale. Nous serions donc exposés à voir un enseignement aussi précieux et aussi nécessaire disparaître, alors que dans toutes les Facultés et dans les écoles de médecine les plus importantes, il y a un enseignement organisé pour les maladies cutanées et syphilitiques. Cette situation a préoccupé depuis longtemps la Faculté et des démarches qui sont sur le point d'aboutir, grâce à la bonne volonté de la municipalité et de l'administration des hospices, amèneront sinon la création d'un service complet, du moins une policlinique à laquelle est réservé, sans aucun doute, un succès égal à celui du service des maladies des yeux. Dans cette circonstance, comme dans beaucoup d'autres il y a des droits qu'il faut savoir sauvegarder à tout prix. Que deviendrait alors l'agrégation ? L'autre concerne les cliniques annexes des maladies des enfants. Dans ma correspondance de l'an dernier, Je vous ai parlé d'un rapport du professeur Viault dans lequel il tendait à la réunion en une seule chaire, des cliniques chirurgicale et médicale des enfants. La Faculté semble s'être ravisée et ne pas devoir donner suite à ce projet. Enfin, une troisième a trait à l'étude des maladies mentales. Quand la Faculté de Bordeaux fut créée, on désigna comme chargé de ce Cours, le médecin en chef de l'asile des aliénés. Cet asile ressort du département et du ministère de l'Intérieur. Que de difficultés n'a-t-on pas soulevées à ce moment ? Bref, elles furent plus ou moins aplanies. Pendant quelques années des cours eurent lieu. Mais cela ne pouvait durer : les garanties scientifiques étaient insuffisantes. On a vu ce cours décliner de telle sorte, que la Faculté l'a laissé disparaître. C'est une question qui mérite d'être posée à nouveau et d'être résolue par l'affirmative. Elle sera certainement reprise après le vote définitif de la loi sur les aliénés actuellement en instance.

Enfin la Faculté a demandé la transformation des chaires de cliniques annexes en cours complémentaires.

Dans le personnel de la Faculté, je vous indiquerai la nomination de M. Perrens, chargé du cours de matière médicale, comme professeur titulaire, par décret du 26 décembre 1887. M. Denigès, chef des travaux pratiques depuis trois ans, a été maintenu pour un an. Les deux chefs de clinique médicale dont le temps d'exercice est expiré, les Drs Rivals et Ménard seront remplacés à partir du 1er novembre, par MM. les Drs Blanc-Fontenille et Auché. Le chef de clinique obstétricale, le Dr Chambrelent, sera lui aussi remplacé par le Dr Chaleix.

Je termine, mon cher rédacteur, en plaçant sous vos yeux les différents tableaux ayant trait aux actes de la Faculté. En les comparant à ceux des années précédentes, vous constaterez que, malgré la création de l'Ecole de plein exercice de Toulouse, nouvellement transformée, la Faculté de Bordeaux, tient toujours la première place parmi les Facultés de province. On serait en droit de rechercher la cause de la diminution dans le chiffre des thèses soutenues, s'il n'était de notoriété que, l'an dernier, beaucoup de médecins de la marine ont été dans l'obligation de se pourvoir à bref délai de leur diplôme de docteurs. Cette année, la même cause existe, mais beaucoup moindre ; de telle sorte que l'année qui vient de s'écouler peut être considérée comme normale.

Nombre des étudiants ayant accompli un acte à la Faculté pendant l'année scolaire 1887-88 :

Doctorat	420	
Officiat	57	
Pharmacie 1re classe	74	
— 2e classe	137	
Sages-femmes 1re classe	56	
— 2e classe	2	
Herboristes 1re classe	1	
— 2e classe	1	
Doct., off., ph. 1re et 2e classe. Scolarité interrompue	38	
	786	[illegible]

Inscriptions.

Doctorat	745	
Officiat	102	
Pharmacie 1re classe	232	
— 2e classe	[illegible]	
	[illegible]	[illegible]

Examens de tous ordres.

Examens de fin d'année :

Officiat	20	
Diplôme supérieur 1re classe	1	
Pharmaciens 1re classe	55	
— 2e classe	74	
	150	150
Validation de stage 1re classe	[illegible]	
— de 2e classe	57	
	72	72

Examens probatoires.

Doctorat	769	
Officiat	20	
Diplôme supérieur 1re classe.		
Pharmaciens de 1re classe	135	
— de 2e classe	122	
Sages-femmes de 1re classe	86	
— de 2e classe	2	
Herboristes de 1re classe	1	
— de 2e classe	1	
	1.136	
Total des examens		1.363

Nombre de Thèses.

Doctorat : Thèses soutenues 98. Admises	97	
Diplôme sup. de pharmacien 1 —	1	
	98	98

Diplômes conférés.

Docteurs en médecine	97
Officiers de santé	6
Diplôme supérieur de pharmacien 1re classe	1
Pharmacien 1re classe	31
— 2e classe	28
Certif. d'aptitude, sages-femmes 1re classe	40
— 2e classe	1
Herboristes 1re classe	1
— 2e classe	1

145 élèves des Ecoles préparatoires sont venus subir des examens à la Faculté.

J'oubliais de vous signaler les récompenses obtenues par le personnel enseignant de la Faculté : les professeurs Badal, Vergely, Jolyet ont été nommés officiers de l'Instruction publique : les professeurs agrégés Lefour et Cartes, officiers d'Académie.

Notre doyen, le professeur Pitres, a été promu au grade de chevalier de la Légion d'honneur : distinction méritée autant par le maître que par l'administrateur distingué dont le zèle et la sympathie sont à la hauteur de toutes les circonstances.

Veuillez agréer, mon cher Rédacteur, l'assurance de mes meilleurs sentiments. X...

Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

Directeur : M. le Dr J. Chapplain.

Professeurs honoraires : MM. Roberty, Girard et Sirus-Pirondi.

Semestre d'hiver 1888-1889.

Les cours ont lieu, à partir du 3 novembre, dans l'ordre suivant :

Cours annuels. — Cliniques.

Cliniques médicales : MM. Villard, professeur, Laget, professeur, tous les jours à l'Hôtel-Dieu, à 8 h. du matin. Etudiants en médecine de 3e et 4e année.

Cliniques chirurgicales. — MM. Chapplain et Combalat, professeurs, tous les jours à l'Hôtel-Dieu, à 8 h. du matin. Etudiants en médecine de 2e et 3e année.

Clinique obstétricale. — M. Magail, professeur, hôpital de la Conception, à 11 h. du matin. Etudiants en médecine de 4e année.

Une leçon sera faite aux étudiants de 1re année, le mercredi, à 8 h. 1/2 du matin, à l'Hôtel-Dieu, sur les bandages, la petite chirurgie et le maniement des instruments de diagnostic.

MM. les Chefs de clinique feront, en outre, des conférences dans le but d'exercer les élèves au diagnostic.

Cours d'hiver.

Anatomie. — M. Rampal, professeur, mardi, jeudi, samedi; M. Gamel, professeur suppléant, lundi, mercredi, vendredi, à 1 h. 3/4. Etudiants en médecine de 1re année. (Officiat de santé). De 2e et 3e année. (Officiat et Doctorat).

Chimie médicale. — M. Rietsche, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 8 h. 1/2 du matin. Etudiants en médecine de 1re année et étudiants en pharmacie.

Physique médicale. — M. Caillol de Poncy, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 6 h. du soir. Etudiants en médecine de 1re année et étudiants en pharmacie.

Pathologie interne. — M. Nicolas-Duranty, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 5 h. du soir. Etudiants en médecine de 3e et 4e année.

Matière médicale. — M. Heckel, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 3 h. du soir. Etudiants en médecine de 4e année et étudiants en pharmacie.

Histologie. — M. Jourdan, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 11 h. du matin. Etudiants en médecine de 2e et 3e année.

Médecine légale. — M. Pauchon, chargé de cours, lundi, mercredi, vendredi, à 4 h. du soir. Etudiants en médecine de 4e année.

Toxicologie et hydrologie. — M. Domergue, professeur suppléant, mardi, samedi, à 11 heures du matin. Etudiants en médecine de 4e année et étudiants en pharmacie.

Ophthalmologie. — M. N..., professeur suppléant ; consultation : lundi, mercredi, vendredi, à 2 h. de l'après-midi; leçons, lundi, vendredi, à 2 h. 1/2. Etudiants en médecine de 4e année.

Travaux pratiques. — Dissections.

M. Alezais, chef des travaux anatomiques, fera, les lundi, mercredi, et vendredi, à 3 h. de l'après-midi, une leçon sur l'ostéologie. Les pavillons d'anatomie sont ouverts pendant tout le semestre d'hiver. Les dissections sont obligatoires pour les étudiants en médecine de 2e et 3e année, Elles ont lieu de 3 heures à 6 heures, sous la direction de M. Alezais et de MM. Louge, Schnell et Pagliano, aides d'anatomie.

Les travaux pratiques de chimie et de pharmacie, les conférences sur les manipulations et les travaux pratiques d'histoire naturelle et d'histologie, auront lieu aux heures habituelles, sous la direction de MM. Robert et Blanc, chefs des travaux.

Par décision du Conseil de l'École, les registres d'inscription ont été ouverts du 20 octobre au 5 novembre.

Cours complémentaire.

Clinique des maladies mentales, à l'asile Saint-Pierre, où sont admis, sur la présentation de leurs cartes, MM. les étudiants en médecine de 3e et 4e année.

Semestre d'été 1887-1888.

Pharmacie. — M. Roussan, professeur. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures du soir. Etudiants en pharmacie.

Histoire naturelle (botanique). — M. Bouisson, professeur. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures. Etudiants en médecine de 1re année et étudiants en pharmacie.

Physiologie. — M. Livon, professeur. Lundi, mercredi, vendredi, à 11 heures du matin. Etudiants en médecine de 2e et 3e année.

Pathologie externe. — M. Villeneuve, professeur. Mardi, jeudi, samedi, à 11 heures du matin. Etudiants en médecine de 2e, 3e et 4e année.

Thérapeutique. — M. Roux (de Brignoles), chargé de cours. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures du soir. Etudiants en médecine de 3e et 4e année.

Anatomie pathologique. — M. Fallot, chargé de cours. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures du soir. Etudiants en médecine de 3e et 4e année.

Chimie organique. — M. N..., professeur suppléant. Mercredi, vendredi, à 3 heures 1/2 du soir. Etudiants en médecine de 1re année et étudiants en pharmacie.

Médecine opératoire. — M. N..., professeur suppléant. Mardi, samedi, à 5 heures du soir. Etudiants en médecine de 3e et de 4e année.

Toxicologie et hydrologie. — M. Domergue, professeur suppléant. Mercredi, samedi, à 6 h, du soir. Etudiants en médecine de 4e année et étudiants en pharmacie.

Histoire naturelle (zoologie). — M. Gourret, professeur suppléant provisoire. Mardi, jeudi, à 6 heures 1/4 du soir. Etudiants en médecine de 1re année et étudiants en pharmacie.

Cours sur fonds de concours. — *Bactériologie.* — M. Rietsch, chargé de cours.

COURS LIBRE.

Pathologie de la grossesse, dystocie. — M. Queirel, ancien professeur suppléant. Mardi, samedi, à 5 heures du soir. — Les travaux pratiques obligatoires seront faits suivant l'ordre déterminé par le règlement intérieur.

Hôpitaux de Marseille. — Concours annoncés.

Concours des élèves en médecine et en chirurgie, pour le service des hôpitaux. — 1° Le lundi 3 décembre 1888, à 8 h. du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour 5 places d'élèves *internes*. — 2° Le lundi 17 décembre 1888, à 3 heures du soir, un autre Concours sera ouvert dans le même hôpital pour 5 places d'élèves *externes*. — Ces deux Concours auront lieu devant la Commission administrative assistée d'un jury médical. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration des hospices à l'Hôtel-Dieu et produire un certificat de moralité récemment délivré par le Maire du lieu de leur résidence. Les candidats pour le premier Concours auront, de plus, à justifier du nombre de douze inscriptions et d'un an de service actif dans un hôpital comme externes ou comme stagiaires.

Epreuves du premier concours : 1° Préparation anatomique. — 2° Question d'anatomie et de physiologie (épreuve orale). — 3° Pathologie médicale et chirurgicale (épreuve écrite, deux ques-

tions). — 4° Rédaction de deux observations ; l'une de médecine, l'autre de chirurgie (1).— 5° Trois questions dites de garde à traiter de vive voix : chirurgie, médecine, pathologie spéciale (accouchements et syphilis). *Epreuves du deuxième concours* : 1° Anatomie (ostéologie et myologie) (épreuve orale). — 2° Pathologie chirurgicale élémentaire. — 3° Bandages et petite chirurgie.

Après le rapport du jury d'examen, la Commission administrative nommera les élèves. Les élèves nommés entreront en exercice au fur et à mesure que les vacances se produiront. La durée de leur exercice sera de quatre années pour les internes et de trois années pour les externes. Les élèves internes ne seront logés et nourris dans les hôpitaux que les jours de garde. Ils recevront un traitement de : la première année, 860 fr.; la deuxième année, 920 fr.; la troisième et quatrième année, 980 fr. Les étudiants en médecine étrangers à Marseille, qui viendront prendre part au concours de l'internat, recevront, de plus, une indemnité de voyage réglée comme suit : Les frais de voyage pour l'aller (2me classe) seront remboursés aux étudiants nommés élèves internes. Les frais de voyage pour l'aller et le retour (2me classe) seront payés à l'étudiant étranger qui arrivera le premier après le nombre d'élèves nommés internes. Les élèves externes recevront un traitement de 300 francs par an, et ne seront nourris que les jours de garde. Les candidats prendront connaissance, au secrétariat de la Commission administrative, du règlement intérieur des hôpitaux, ainsi que de celui spécial au service de santé. Ils seront tenus, en cas de nomination, de se conformer à toutes les dispositions desdits règlements en ce qui les concerne, et aux modifications qui pourraient y être apportées pour le bien du service.

Tout élève interne ou externe qui se pourvoira pendant la durée de ses fonctions, d'un diplôme universitaire, qui lui donnerait le droit d'exercer la médecine (docteur ou officier de santé) sera par ce seul fait démissionnaire de sa qualité d'élève. — *Nota.* Bien que le concours de l'internat soit annoncé pour cinq places et celui de l'externat également pour cinq places seulement, ce nombre pourra être diminué ou élevé si la Commission le croit nécessaire.

Concours pour une place de médecin-adjoint à l'hôpital. —Le lundi 10 décembre 1888, à 3 heures, un Concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu pour une place de médecin-adjoint des hôpitaux. Ce concours aura lieu devant la Commission administrative assistée d'un jury médical. Au jour fixé pour l'ouverture du Concours, les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteurs de l'une des Facultés de France, être âgés de 28 ans au moins, de nationalité française ou en mesure de justifier de leur naturalisation. Les deux années de pratique comme docteur ne sont pas exigées des anciens élèves internes dans les hôpitaux des villes où siège une Faculté, ni des élèves internes des hôpitaux de Marseille ; ils pourront, en conséquence concourir dès qu'ils seront munis de leur diplôme de docteur.

Epreuves du concours. — 1° Question d'anatomie et question de physiologie. — 2° Question de pathologie médicale avec les applications hygiéniques qu'elle comporte. — 3° Examen clinique de trois malades atteints de maladies internes choisis parmi ceux entrés dans les hôpitaux, à partir du jour où l'accès des salles des malades aura été interdit aux candidats. Le compte-rendu du troisième malade formera le sujet d'une consultation écrite pour la composition de laquelle il sera accordé une heure. Les deux premières questions seront traitées oralement, après un temps de préparation, à huis-clos et sans livres qui sera déterminé par le jury. Les candidats auront cinq heures pour traiter par écrit la question de pathologie, à huis-clos et sans livres. L'examen clinique des trois malades ne durera pas plus de trois quarts d'heure. A la fin du concours, la Commission administrative délibèrera sur les rapports du jury d'examen et procédera, s'il y a lieu, à la nomination du médecin-adjoint. Les médecins-adjoints forment le premier degré du corps médical des hôpitaux. Ils sont appelés, en cas de vacances, à remplir les fonctions de médecins, chefs de service, et à leur succéder suivant les conditions du règlement sur le service de santé. Les candidats prendront connaissance de ce règlement dans le bureau du Secrétariat général à l'Hotel-Dieu. Ils signeront l'engagement d'observer toutes ses dispositions actuelles et toutes autres que l'administration pourrait prendre plus tard pour le bien du service. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Commission administrative, huit jours au moins avant l'ouverture du concours. Ils auront à produire : 1° leur acte de naissance ; 2° leur diplôme de docteur ; 3° s'ils ne sont pas domiciliés à Marseille, un certificat de moralité, récemment délivré par le Maire de leur résidence ; 4° les internes des villes où siègent les Facultés devront, en outre, déposer un certificat de bonne conduite délivré par le directeur des différents hôpitaux où ils auront fait leur service d'interne ; 5° les candidats pourront déposer leurs titres scientifiques, manuscrits, imprimés, etc.; et, s'il y a lieu, une note de leurs services. Ces documents seront soumis au jury.

Concours spécial pour une place de chirurgien-adjoint à la Maternité. — Un concours public sera ouvert à l'hôpital de la Conception, le lundi 26 novembre 1888, à trois heures du soir, pour une place de chirurgien-adjoint à la Maternité des hôpitaux de Marseille. Ce concours aura lieu devant la Commission Administrative assistée d'un jury médical. Au jour fixé pour l'ouverture du concours, les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteurs de l'une des facultés de France, être âgés d'au moins 28 ans, de nationalité française ou en mesure de justifier de leur naturalisation. Les deux années de pratique comme docteur ne sont pas exigées des anciens élèves internes dans les hopitaux des villes où siège une Faculté, ni des elèves internes des hôpitaux de Marseille ; il pourront, en conséquence, concourir dès qu'ils seront munis de leur diplôme de docteur.

Epreuves du concours : 1° Question orale. Anatomie et physiologie. Ces deux questions seront traitées oralement après un temps de préparation, à huit-clos et sans livres, qui sera déterminé par le jury. — 2° Question écrite. — A traiter un sujet se rapportant à l'art des accouchements. Les concurrents auront cinq heures pour traiter cette question par écrit, à huis-clos et sans livres. — 3° Epreuve clinique. 3 femmes à examiner : (en couches, grosses ou en travail). L'examen des trois femmes ne durera pas plus de trois quarts d'heure. Après cet examen, les concurrents auront trente minutes pour donner leur avis développé sur le diagnostic, le pronostic et les indications thérapeutiques ressortissant à deux des malades. Le compte-rendu du troisième malade formera le sujet d'une consultation écrite pour la composition de laquelle il sera accordé une heure. — 4° Deux opérations sur le cadavre. Les candidats auront vingt minutes pour ces deux opérations. A la fin du concours, la Commission Administrative délibèrera sur les rapports du jury d'examen et procèdera, s'il y a lieu, à la nomination du chirurgien-adjoint. Le chirurgien-adjoint de la Maternité fera partie du premier degré du corps médical des hôpitaux. Il suppléera le chirurgien en chef dans son service, lorsque celui-ci sera empêché ou en congé, et lui succèdera en cas de vacance d'emploi. Les candidats prendront connaissance du règlement sur le service de santé dans le bureau du secrétariat général à l'Hôtel-Dieu. Ils signeront l'engagement d'observer toutes ses dispositions actuelles et toutes autres que l'Administration pourrait prendre plus tard pour le bien du service. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Commission Administrative, huit jours au moins avant l'ouverture du Concours. Ils auront à produire : 1° Leur acte de naissance : 2° Leur diplôme de docteur ; 3° S'ils ne sont pas domiciliés à Marseille, un certificat de moralité récemment délivré par le maire de leur résidence ; 4° Les internes des villes où siègent les Facultés devront, en outre, déposer un certificat de bonne conduite délivré par le directeur des différents hôpitaux où ils auront fait leur service d'interne ; 5° Les candidats pourront déposer leurs titres scientifiques, manuscrits, imprimés, etc. ; s'il y a lieu, une note de leurs services. Ces documents seront soumis au jury.

Concours pour trois places de majors pour l'Hôtel-Dieu, l'hôpital de la Conception et l'hospice de la Charité. — Le lundi, 19 novembre 1888, à 3 heures, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu, pour trois places de majors. Ce concours aura lieu devant la Commission Administrative, assistée d'un jury médical. Les candidats devront être docteurs en médecine, français, âgés de 32 au plus, de bonnes vie et mœurs, célibataires ou veufs sans enfants. Les candidats auront à produire : 1° Leur acte de naissance ; 2° Un certificat de moralité récemment délivré par le maire de la commune où ils ont leur résidence, constatant, en outre, qu'ils sont célibataires ou veufs sans enfants ; 3° Leur diplôme de docteur. Ces pièces seront déposées au Secrétariat de la Commission Administrative, à l'Hôtel-Dieu où les candidats se feront inscrire huit jours au moins avant le jour fixé pour l'ouverture du concours.

Programme des examens : 1° Anatomie et physiologie (question orale) ; 2° Pathologie externe (question écrite) ; 3° Accouchements ; 4° Opération chirurgicale ; 5° Clinique interne et externe. Sur chacune de ces matières, la question sera la même pour tous les candidats. Seront appliquées à ce concours les dispositions de la délibération du 3 juillet 1869, en ce qui concerne la composition du jury, le pointage des épreuves et les précautions à prendre pour assurer l'exécution intégrale des conditions du concours. Les majors seront nommés par la Commission administrative après le rapport du jury d'examen. Ils entreront en fonctions : celui de l'Hotel-Dieu et de la Conception, le 1er janvier 1889; celui de la Charité, le jour de l'ouverture du nouvel hospice. L'exercice des majors sera de trois années consécutives, datant du 1er janvier 1889. Lorsque le titulaire entrera en fonctions au cours d'une année commencée depuis plus de trois mois, les mois qui suivront jusqu'au 1er janvier d'après, ne compteront pas dans les

(1) Nous appelons l'attention de nos lecteurs sur cette épreuve qui existe rarement dans les concours d'Internat.

trois années de son exercice. Les émoluments des majors sont fixés : la première année, 2,000 francs; la deuxième année, 2,500 francs; la troisième année, 3,000 francs. Ils sont, de plus, logés et nourris dans l'établissement auquel ils sont attachés. Il leur est interdit de faire de la clientèle en ville. Les candidats prendront connaissance, au Secrétariat de l'administration des hospices, de la délibération précitée du 3 juillet 1869, du règlement spécial au chef-internat en date du 13 avril 1887 et du règlement du service des hôpitaux. Les candidats nommés seront tenus de se conformer à toutes les dispositions de ces règlements ainsi qu'aux changements et additions qui pourront y être apportés.

Marseille, le 29 octobre 1888.

Mon cher Rédacteur en Chef,

L'événement saillant de l'année est, sans contredit, l'adoption, par le Conseil municipal, des conclusions du rapport sur la création, à Marseille, d'une faculté mixte de médecine et de pharmacie. Ce remarquable rapport présenté, au nom d'une Commission spéciale, par M. Paul Gourret, conseiller municipal, contient l'exposé de la démonstration des principaux points suivants : 1° Inutilité de réunir en un même lieu les quatre facultés ; — 2° De tous les emplacements proposés pour l'érection d'une faculté de médecine et de pharmacie, le terrain de la rue des Vertus répond exactement aux conditions exigées de superficie et de situation et se trouve le seul dont la valeur matérielle n'entraînerait pas des sacrifices considérables. — 3° Bien mieux que les villes favorisées d'une Faculté, Marseille peut prétendre à mener les étudiants jusqu'au terme de leurs études, en ne leur laissant ignorer aucune des nombreuses branches de l'enseignement médical ; de plus, cet enseignement y peut disposer, grâce aux relations maritimes, de matériaux particuliers qui lui donnent une physionomie propre, absolument originale. — 4° Au point de vue financier, si la création d'une Faculté de médecine exige des dépenses momentanées importantes, ces dépenses ne manqueront pas d'être récupérées graduellement sous mille autres formes.

« Aucune raison plausible, conclut avec juste raison l'honorable rapporteur, ne peut être opposée à l'accomplissement de l'œuvre que nous vous proposons d'exécuter. La Faculté de médecine seule peut constituer le foyer de science qui attirera la jeunesse laborieuse, ardente de travaux et de découvertes. Elle seule, par la position géographique et les relations de notre ville, peut briguer l'honneur d'être une Faculté internationale. Elle le deviendra à coup sûr le jour où elle s'assurera le concours et comme le rayonnement des Maîtres de la Science. »

A la suite de ce rapport, un traité à intervenir entre l'Etat et la ville de Marseille a été voté par le Conseil municipal. Devons-nous espérer que ce vote sera ratifié en haut lieu? Malheureusement, nous sommes habitués, depuis plusieurs années, à voir défaire le lendemain ce qui a été fait la veille et vous savez bien qu'on désespère alors qu'on espère toujours.

Quelques changements se sont produits cette année, dans le personnel enseignant de l'Ecole : M. le Dr Chapplain, professeur de clinique chirurgicale (1re chaire), a été transféré, sur sa demande, *dans la chaire de pathologie externe et médecine opératoire*. Le titulaire de cette dernière chaire, M. le Dr Villeneuve, a été nommé, sur sa demande, *professeur de clinique chirurgicale*, en remplacement de M. le Dr Chapplain; M. le Dr Nepveu a été choisi comme *professeur d'anatomie pathologique*; M le Dr Roux, chargé du cours de thérapeutique, a été nommé *professeur titulaire* et M. le Dr Fallot, suppléant des chaires de médecine, chargé du cours d'anatomie pathologique, a été promu *professeur d'hygiène et de médecine légale* en remplacement de M. le Dr Pauchon dont la délégation était expirée.

Enfin, à la suite de divers concours, ont été institués : *suppléant des chaires de physique et de chimie*, M. Berg ; *suppléant des chaires de chirurgie et d'obstétrique*, M. le Dr Benet; *chefs de clinique médicale*, MM. les Drs Laplane et Schnell; *chefs de clinique chirurgicale*, MM. les Drs Roux et Métaxas; *chef de clinique d'accouchement*, M. le Dr Pagliano.

Au point de vue matériel, l'Ecole s'améliore de jour en jour La bibliothèque, ouverte de 10 heures à midi et de 3 à 7 heures du soir, contient plus de 5,000 volumes. On y trouve les publications nouvelles importantes et de nombreux journaux de médecine. Il est regrettable que la collection des thèses antérieures à 1888 soit incomplète. Par contre, cette année, M. le Dr Pirondi, professeur honoraire, a fait don de sa bibliothèque médicale, riche en excellents ouvrages et en précieuses collections.

Veuillez agréer, mon cher Directeur, l'assurance de mon plus affectueux dévonement. Dr X.

École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

A cette Ecole, de même que dans les Facultés de Médecine et les Ecoles supérieures de Pharmacie, les élèves peuvent prendre toutes leurs inscriptions et subir tous leurs examens de fin d'année. Les aspirants au titre de docteur en médecine peuvent y subir les deux premiers examens probatoires du doctorat. La circonscription de l'Ecole comprend les départements de la Loire-Inférieure, de la Vendée, des Deux-Sèvres, de la Charente et de la Charente-Inférieure.

Année scolaire 1888-1889.

Les cours ont commencé le jeudi 3 novembre 1888.

Semestre d'hiver.

Anatomie : Tous les jours, à midi 1/4. Professeurs, MM. Jouon ; Rouxeau, prof. suppl.— *Chimie organique et biologique minérale :* Tous les jours, à 1 h. 1/4. M. Andouard.— *Physique :* Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures 1/2. M. Leduc. — *Matière médicale. :* Mardi, jeudi, à 5 heures. M. Ménier. — *Pathologie chirurgicale:* Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures. M. Montfort. — *Hygiène:* Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures. M. Hervouet — *Accouchements :* Lundi, mercredi, vendredi, à 3 h. M. Guillemet. — *Gynécologie :* Lundi, vendredi, à 5 heures. De Larabrie, prof. suppl.. — Les dissections, obligatoires pour les étudiants de 2e et 3e année, sont dirigées par M. Lerat, chef des travaux anatomiques.

Semestre d'été.

Pharmacie et toxicologie : Lundi, mercredi, vendredi, à 1 heure. Professeurs, M. Herbelin. — *Physiologie* : Lundi, mercredi, à 1 h.; vendredi, à 4 heures. M. Laennec. — *Histologie et anatomie pathologique* : Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures. M A. Malherbe.— *Histoire naturelle médicale* : Mardi, jeudi, samedi, à 1 heure. M. Bureau. — *Thérapeutique*: Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures. M. Chartier. — *Pathologie médicale*: Mardi, jeudi, samedi, à 2 h. M. Viaud-Grand-Marais. — *Médecine opératoire.* — *Bandages et appareils* : Mardi, jeudi, à 5 heures. M. De Larabrie, prof. suppl.— *Médecine légale.* : Mercredi, samedi, à 5 heures. M. Ollive, prof. suppléant.

Cliniques.

Clinique médicale: Lundi, mercredi, vendredi, de 8 à 11 heures. Les élèves de 3e et 4e année, aspirants au doctorat, et les élèves de 2e, 3e et 4e année, aspirants à l'officiat, doivent suivre cette clinique. MM. Malherbe et Trastour. — *Clinique chirurgicale. :* Mardi, jeudi, samedi, de 8 à 11 heures. Les élèves de 2e, 3e et 4e année, aspirants au doctorat, et les élèves de 2e, 3e et 4e année, aspirants à l'officiat, doivent suivre cette clinique. MM. Chenantais et Heurtaux. *Clinique obstétricale*: Lundi, mercredi et vendredi, à 4 heures du soir. Tous les étudiants de 3e et 4e année doivent suivre cette clinique. M. Guillemet.— *Clinique ophthalmologique* à l'Hôtel-Dieu : Consultations gratuites tous les jours, sauf le mercredi, au Dispensaire de l'Ecole. Leçons théoriques et pratiques à 1 heure. M. Dianoux. — *Clinique des maladies des enfants et des vieillards* : A l'hospice général, les mardis, jeudis et samedis, pendant le semestre d'hiver. M. Laennec.

La *Bibliothèque* est ouverte tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 8 à 10 heures du matin, de midi à 4 heures et de 7 à 9heures le soir. — Le *Musée anatomique* et celui des collections de matières médicales sont ouverts tous les jours, de midi à 4 heures. — *Professeur honoraire :* M. Delamare.

Cours obligatoires suivant les années d'études.

ÉTUDIANTS EN MÉDECINE.

Première année, Hiver : Chimie, Matière médicale. Physique, travaux pratiques de chimie. Officiers de santé, ostéologie et arthrologie. Été : Histoire naturelle, travaux pratiques d'histoire naturelle, travaux pratiques de physique. — *Deuxième année.* Hiver : Anatomie, travaux pratiques de dissection, petite chirurgie. Officiers de santé, Pathologie chirurgicale. Été : Physiologie, histologie élémentaire, travaux pratiques de physiologie, travaux pratiques d histologie. — *Troisième année.* Hiver : Anatomie, travaux pratiques de dissection, pathologie chirurgicale, accouchements, chimie biologique. Été : Physiologie, anatomie pathologique, pathologie médicale, thérapeutique, clinique d'accouchements, médecine opératoire, travaux pratiques de physiologie, travaux pratiques de médecine opératoire, travaux pratiques d'anatomie pathologique. — *Quatrième année.* Hiver : Hygiène, pathologie chirurgicale, accou-

chements. — Été : Anatomie pathologique, thérapeutique, médecine légale, clinique d'accouchements, médecine operatoire, pathologie médicale, travaux pratiques d'anatomie pathologique.

Les cours de chimie, physique, matière médicale, histoire naturelle, pharmacie et toxicologie, et les travaux pratiques afférents à ces cours sont obligatoires pour tous les étudiants en pharmacie. — Les travaux pratiques de chimie, obligatoires pour tous les élèves en pharmacie et tous les étudiants en médecine de première année, auront lieu : pour les étudiants en médecine de première année, les mardi, jeudi, samedi, de 8 à 11 heures. Pour les étudiants en pharmacie, les lundi, mercredi, vendredi de chaque semaine, de 2 h. 1/2 à 5 h. 1/2. Ils seront dirigés par MM. Audrain, professeur suppléant de pharmacie et matière médicale, et M. Allaire, chef des travaux chimiques et physiques. — Les travaux pratiques de petite chirurgie auront lieu en décembre et janvier et seront dirigés par M. Josso, chef de clinique chirurgicale, les mercredis et vendredis, de 4 à 5 h.— Des conférences de pharmacie pratique (étude du codex) seront faites les mardi et samedi de chaque semaine, à 2 heures, du 1er février au 31 mars, par M. Herbelin, professeur de pharmacie. — Les travaux pratiques d'anatomie pathologique auront lieu les mardi et samedi, de 2 à 4 h., et ceux d'histologie élémentaire le jeudi de 2 à 4 h. et seront dirigés par M. A. Malherbe. — Les travaux pratiques de physiologie auront lieu tous les mercredis à 2 h, dirigés par M. Laennec et M. Lerat, chef des travaux physiologiques.— Les travaux pratiques de pharmacie et toxicologie, obligatoires pour les étudiants en pharmacie, auront lieu les lundi et jeudi de chaque semaine, de 2 à 5 heures, et seront dirigés par M. Audrain, professeur suppléant de pharmacie. — Manipulations de physique les mercredi et vendredi de chaque semaine : Officiers de santé, docteurs, le mercredi, de 7 h. 1/2 à 10 h. 1/2; pharmaciens, le vendredi, de 2 à 5 h., par M. Allaire, chef des travaux physiques. — Travaux pratiques de micrographie végétale, les vendredi et samedi, de 2 à 5 h , Conférences d'organographie végétale pour les pharmaciens, le vendredi, de 10 à 11 h. ; Conférences sur la reconnaissance des substances de matière médicale pour les médecins, le samedi de 10 à 11 heures. — Des herborisations, dirigées par M. Bureau, auront lieu tous les dimanches, pendant le semestre d'été. — Des conférences de matière médicale seront faites le mardi de chaque semaine, à 3 heures, du 1er juin au 1er août, par M. Ménier.

N. B.— Les inscriptions ne seront acquises qu'aux étudiants dont l'assiduité aura été constatée à tous les cours, conferences et travaux pratiques. (Règlement intérieur de l'école, établi conformément à l'article 16 du decret du 30 juillet 1883.) Ne seront admis à subir les examens probatoires que les étudiants exercés à tous les cours et travaux pratiques. — Conformément à la demande des présidents des Jurys d'examens, des notes sur l'assiduité des étudiants aux cours et aux travaux pratiques seront consignées sur les tableaux d'inscription aux examens probatoires.

Stage des étudiants en médecine — Tous les étudiants en médecine sont astreints à faire, pendant deux ans, un stage régulier dans l'un des hôpitaux placés près des écoles où ils prennent leurs inscriptions. — Les aspirants au doctorat qui prendront leur première inscription au mois de novembre devront être pourvus de leurs diplômes de bachelier ès lettres, de bachelier ès sciences restreint ou complet, et acquitter les droits de travaux pratiques et de bibliothèque, soit 60 fr. pour la première année, 40 fr. pour la deuxième et la troisième, et 20 fr. pour la quatrième. Les aspirants au titre d'officier de santé acquitteront les mêmes droits. Tous les étudiants en médecine et en pharmacie devront en outre, à moins de dispense spéciale, acquitter les droits d'inscriptions qui sont de 30 francs par trimestre.

Nantes, le 28 octobre 1888.

Mon cher Directeur,

La situation de l'Ecole de médecine s'est améliorée depuis un an, tant au point de vue de l'enseignement qu'au point de vue du nombre des élèves. Les inscriptions ont atteint cette année 647, en progression de 80 sur l'année dernière, ce qui porte le chiffre des élèves tant étudiants en médecine qu'étudiants en pharmacie à 161. Les résultats des examens de doctorat ont été satisfaisants ; je ferai grâce à vos lecteurs du détail de ces examens : je dirai seulement qu'en bloc il a été subi dans l'année scolaire 292 examens de toute nature, qui ont donné lieu à 44 ajournements et à 218 réceptions.

L'événement de l'année a été la création d'une chaire de clinique ophtalmologique. Les fonds nécessaires pour cette création étaient déjà votés depuis deux ans par le Conseil général du département et le Conseil municipal de la ville; la création de la chaire était approuvée par l'inspecteur M. Gavarret et par le Directeur de l'enseignement supérieur au ministère. Mais cette création utile déplaisait à quelques personnes influentes auprès du préfet, et ce fonctionnaire l'a fait retarder autant qu'il lui a été possible. L'enseignement public de l'ophtalmologie a été fondé à Nantes par le Dr Dianoux, il y a un peu plus de dix ans. Auparavant il n'existait que quelques enseignements particuliers sans importance pour l'Ecole et dont peu d'étudiants pouvaient profiter.

A l'Ecole, le professeur de clinique chirurgicale consacrait deux ou trois leçons par an à l'ophtalmologie et c'était tout. M. Dianoux fonda à l'Ecole une clinique et un dispensaire ophtalmologiques, pour lesquels il ne ménagea ni son temps, ni sa peine, ni même ses deniers.

La clinique ophtalmologique devint une de plus florissantes de province, et il était naturel qu'au bout de dix ans et plus de prospérité et de services rendus, cette situation fût consacrée par la fondation d'une chaire de Professeur titulaire. Je puis vous dire que cette création d'une chaire d'ophtalmologie et la nomination de M. Dianoux, comme titulaire, ont été considérés ici par toutes les personnes qui connaissaient la question, comme le triomphe du bon droit et de l'équité.

Voilà donc l'Ecole enrichie d'une chaire. Malgré les bons résultats qu'a donnés l'enseignement, il y a encore un certain nombre de lacunes à combler. Un professeur suppléant, M. de Larabrie, a fait cette année un cours de gynécologie très apprécié. Il manque encore des cours de maladies des enfants, de maladies de la peau et de quelques spécialités. Enfin, il manque un laboratoire et un professeur titulaire ou suppléant pour les études bactériologiques.

Mon cher Directeur, vous me demandez quelques détails sur le fonctionnement de la bibliothèque. Les voici : La bibliothèque ne fonctionne d'une manière sérieuse que depuis douze ans environ, c'est-à-dire depuis que l'Ecole a été érigée en Ecole de plein exercice. Il y avait bien un fonds de livres existant auparavant, mais inaccessible aux élèves. La bibliothèque actuelle est très suffisante pour les travaux des étudiants; mais il y a bien des recherches que l'on n'y pourrait faire pour un travail original. Le secrétaire de l'Ecole remplit les fonctions de bibliothécaire. Il reçoit pour cela des appointements spéciaux. Les fonds qui servent à entretenir et à alimenter la bibliothèque proviennent de deux sources : cinq cents francs d'une part sont donnés par la ville et font partie du budget fixe de l'Ecole; d'autre part il est prélevé une somme de 2 fr. 50 par inscription, applicable aux frais de la bibliothèque. Avec le nombre d'inscriptions atteint l'année dernière, cette source de revenus se montait à 1,617 fr. 50, soit un total de 2,117 fr. 50, en chiffres ronds de 2,000 fr. environ. La bibliothèque est ouverte de 8 heures du matin à 11 heures ; de midi à 4 heures ; et de 7 à 9 heures le soir. Jusqu'ici son fonctionnement n'a donné lieu, que nous sachions, à aucune plainte. La bibliothèque n'est ouverte de droit qu'aux personnes attachées à l'Ecole ; mais le Directeur autorise très volontiers les médecins étrangers à l'Ecole à venir y travailler.

Dr X.

Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Toulouse.

Directeur : M. Caubet.

Professeurs honoraires : M. Noulet, directeur du muséum d'histoire naturelle; M. J. Nogues, médecin honoraire des hôpitaux; M. Ripoll, chirurgien honoraire des hôpitaux.

La circonscription de l'école de Toulouse comprend, pour les médecins, les pharmaciens, les herboristes et les sages-femmes, les départements de la Hte-Garonne, Ariège, Gers, Lot, Tarn, Tarn-et-Garonne, Hautes-Pyrénées, Basses-Pyrénées, Landes et Lot-et-Garonne.

Semestre d'hiver (3 novembre au 15 mars).

Anatomie descriptive : M. Charpy, professeur. M. Rochard, chef des travaux. — *Pathologie externe et médecine opératoire :* M Pénières, professeur. — *Pathologie médicale et pathologie générale :* M. St-Ange, professeur. — *Pharmacie :* M. Dupuy, professeur.— *Physique médicale :* M. Rey, chargé de cours.— *Chimie minérale* (cours complémentaire) : M. X..., suppléant. — *Histoire naturelle. Zoologie* (cours complémentaire) : M. Roule, suppléant. — *Clinique médicale à l'Hôtel-Dieu :* M. Caubet, professeur : M Bézy, chef de clinique. — *Clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu :* M. Jeannel, professeur; M. Chabaud, chef de clinique. — *Clinique obstétricale :* M. Labat, professeur, à la Grave : M. X..., chef de clinique, à la Grave.

Semestre d'été (16 mars au 31 juillet).

Physiologie : M. Toussaint, professeur, suppléé par M. Laulanié. — *Histoire naturelle* (botanique) : M. Lamic, professeur. — *Chimie organique et toxicologie* : M. Frébault, professeur. — *Thérapeutique* : M. Basset, professeur. — *Pathologie externe* (cours complémentaire) : M. Vieusse, suppléant. — *Pathologie interne* (cours complementaire) : M. Maurel, suppléant. — *Anatomie générale et histologie* (cours complémentaire) : M. Rochard, suppléant. — *Anatomie pathologique* : M. Tapie, professeur. — *Clinique médicale* : M. Bonnemaison, professeur, à l'Hôtel-Dieu. — *Clinique chirurgicale* : M. Labéda, professeur, à l'Hôtel-Dieu. — *Clinique obstétricale* ; M. Secheyron, suppléant, à la Grave. — *Matière médicale* : M. Braemed, chargé de cours. — *Hygiène et médecine légale* : M. André, professeur. — *Pharmacie chimique* (cours complementaire) : M. Beille, suppléant.

TRAVAUX PRATIQUES.

Semestre d'hiver.

Dissection (2e et 3e année) : M. Rochard, chef des travaux. — *Chimie* : Etudiants en médecine, M. Folgerat, chef des travaux. — *Chimie* : Etudiants en pharmacie (1re et 2e année), M. Biarnès, chef adjoint des travaux. — *Histoire naturelle* : Etudiants en pharmacie (3e année), M. Roule, suppléant.

Semestre d'été.

Chimie (pharmaciens 1re et 2e année), M. Fougerat, chef des travaux. — *Physique* (pharmaciens 3e année), M. Biarnès, chef-adjoint. — *Physique* (médecins 1re année), M. Biarnès, chef-adjoint. — *Histoire naturelle* (médecins 1re année), M. Roule, suppléant. — *Histologie* (médecins 2e et 3e année), M. Rochard, suppléant. — *Anatomie pathologique* (médecins 3e et 4e année), M. Cabadé, suppléant. — *Médecine opératoire* (médecins 4e année), M. Vieusse, suppléant.

COURS OBLIGATOIRES POUR CHAQUE CATÉGORIE D'ÉTUDIANTS.

Médecine (doctorat, officiat). 1re Année : Semestre d'hiver. Cours : Physique médicale, chimie minérale, histoire naturelle, zoologie. Travaux pratiques : Chimie. Semestre d'été. Cours : Histoire naturelle, botanique, matière médicale (complément de la botanique), chimie organique et toxicologie, pharmacie chimique (complément de la chimie). Travaux pratiques : Physique, histoire naturelle. — 2e Année : Semestre d'hiver. Cours : Anatomie (professeur et chef des travaux), pathologie externe, pathologie interne. Travaux pratiques : Dissection, stage hospitalier. — Semestre d'été. Cours : Physiologie, anatomie générale et histologie, pathologie externe et interne. Travaux pratiques : Histologie, stage hospitalier. — 3e Année : Semestre d'hiver. Cours : Anatomie (professeur et chef des travaux), pathologie externe et médecine opératoire, pathologie interne et générale, cliniques. Travaux pratiques : Dissection, stage hospitalier. Semestre d'été. Cours : Physiologie, pathologie externe et interne, anatomie générale et histologie, anatomie pathologique, cliniques. Travaux pratiques : Histologie, physiologie, stage hospitalier. — 4e Année : Semestre d'hiver. Cours : Pathologie externe, pathologie interne, cliniques. Travaux pratiques : stage hospitalier. Semestre d'été. Cours : Pathologie interne, pathologie externe, therapeutique, anatomie pathologique, cliniques, hygiène et médecine légale. Travaux pratiques : Anatomie pathologique, médecine opératoire, stage hospitalier.

Pharmacie (1re et 2e classe). 1re Année : Travaux pratiques : Chimie (analyses). Examen de fin d'année : physique, chimie minérale, histoire naturelle (zoologie, botanique ; organographie). — 2e Année : Travaux pratiques : Chimie (préparations). Examen de fin d'année : Chimie minérale, organique, analytique et toxicologique, pharmacie galénique et chimique, histoire naturelle, matière médicale. — 3e Année : Travaux pratiques : Physique, micrographie végétale. Cours : Révision générale en vue des examens de fin d'études.

SCOLARITÉ DANS LES ÉCOLES DE PLEIN EXERCICE.

Doctorat en médecine. — Les études pour le doctorat en médecine durent quatre années (16 inscriptions) ; elles peuvent être faites, pendant ces quatre années, soit dans les Facultés, soit dans les *Ecoles de plein exercice* (Décret du 20 juin 1878, art. 1). Les aspirants au doctorat en médecine, élèves des Ecoles de plein exercice, passent le premier examen probatoire et les deux parties du deuxième examen dans ces Ecoles devant un jury composé de deux professeurs et d'un agrégé de la Faculté. A cet effet, deux sessions d'examen seront ouvertes dans les Ecoles de plein exercice, l'une au mois d'août pour le premier examen probatoire et la deuxième partie du second examen, l'autre au mois d'avril pour la première partie du second examen. Toutefois, les aspirants au doctorat, élèves des Ecoles de plein exercice, peuvent subir ces épreuves devant les Facultés de médecine aux époques fixées par l'article 4 du décret du 20 juin 1878 et par l'article 1er du décret du 23 juillet 1882. Les élèves refusés au premier examen probatoire à la session d'août, dans les Ecoles de plein exercice, peuvent se présenter, pour le même examen, à la session de novembre suivant, devant une Faculté de médecine. Les élèves refusés à la première ou à la deuxième partie du second examen peuvent se présenter, pour la même épreuve, après un délai de trois mois, devant une Faculté de médecine. (Décret du 1er août 1883, art. 4).

Pharmacie de 1re classe. — La scolarité en vue du diplôme de première classe peut être accomplie soit dans les Ecoles supérieures de pharmacie, soit dans les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, soit dans les *Ecoles de plein exercice de médecine et de pharmacie.*

Officiat et pharmacie de 2e classe. — Il n'est rien innové. Les droits des Ecoles préparatoires restent entiers dans les Ecoles de plein exercice.

Prix de l'École.

Prix Lefranc de Pompignan. — M. le marquis Lefranc de Pompignan a légué à l'Ecole de Médecine de Toulouse une rente de quinze cents francs par an destinée à fonder un prix qui sera décerné tous les trois ans à l'etudiant en medecine qui aura pris régulièrement, et sans interruption pendant trois ans, ses inscriptions pour le doctorat et se sera fait distinguer par sa bonne conduite et ses progrès. Le lauréat recevra quinze cents francs par an, pendant trois ans, pour aller continuer ses études à Paris. Le prix, qui a été décerné en 1886, sera décerné de nouveau à la fin de l'annee 1889.

Prix Lasserre. — Par suite d'un legs fait à l'Ecole de Médecine de Toulouse, un prix de trois cents francs sera décerné chaque année, s'il y a lieu, à l'élève qui, après avoir étudié trois années dans ladite Ecole, y aura été reçu officier de santé avec le plus de distinction.

Prix Gaussail. — Mme veuve Gaussail ayant fait don à la ville de Toulouse d'une somme de 40,000 fr., dont le revenu doit servir à fonder deux prix à décerner annuellement à des etudiants en médecine, un concours special sera ouvert, à la fin de l'année scolaire, pour la délivrance de ces prix, aux élèves de première année et aux élèves de deuxième annee.

Prix du Conseil général. — Le Conseil général de la Haute-Garonne a voté une somme de 200 fr. pour être distribuée en prix à l'Ecole de médecine. Le Conseil de l'Ecole a décidé de décerner deux prix de 100 fr. chacun, l'un à un étudiant en medecine de 3e année, l'autre à un étudiant en pharmacie, qui se seront distingués par leur travail et leurs succès.

Prix de l'Ecole de Médecine. — Des concours de prix (médailles et livres, prix de fin d'année et prix des travaux pratiques) sont institués pour chaque année d'études, en médecine et en pharmacie, et décernés tous les ans dans la séance solennelle de rentrée de l'Ecole préparatoire.

Toulouse, 24 octobre 1888.

Mon cher Directeur,

Le personnel de l'Ecole de plein exercice de Toulouse s'est presque entièrement complété, à la suite des concours ouverts devant la Faculté de Bordeaux. Quelques chaires sont encore vacantes, mais il y sera pourvu à bref délai en vertu des arrêtés ministériels déjà parus ; ce sont celles : de chef des travaux anatomiques et physiologiques ; de suppléant d'anatomie et de physiologie ; de suppléant de chimie et de physique ; de chef de clinique obstétricale. Des délégations provisoires assurent les services jusqu'à la nomination des titulaires.

Au point de vue de l'organisation générale, l'Ecole, qui avait installé la totalité de ses services d'enseignement, a été pendant les dernières vacances scolaires, dépossédée d'une annexe dite « maison Roux-Guy » contenant les laboratoires et les cours de physiologie, physique, micrographie animale et végétale. Ce bâtiment vient d'être démoli ; il est actuellement occupé par les chantiers de la future Faculté de médecine dont les constructions sont poussées avec une grande activité. Les services ainsi délogés, ont pu trouver place dans des pavillons déjà achevés de la nouvelle Faculté. A la rentrée, les travaux de dissections auront lieu dans les nouveaux pavillons ; l'histologie a été installée provisoirement dans des salles convenablement appropriées. Toutes les mesures sont prises, pour que l'installation des travaux pratiques de physique et de physiologie soit terminée avant l'ouverture du semestre d'été.

Par suite du déplacement des dissections, les locaux devenus vacants dans l'Ecole actuelle, ont été divisés en plusieurs salles, disposées pour servir de laboratoires particuliers à divers professeurs et suppléants.

L'Administration universitaire a introduit devant le Conseil municipal une demande de prélèvement d'une somme de 10,000 francs sur les crédits prévus pour les collections de la Faculté, afin d'accroître dès maintenant le fonds de la modeste bibliothèque de l'Ecole. Enfin, les travaux de la future clinique

obstétricale, dans les jardins de l'hospice de la Grave, sont sur le point d'être terminés. Quant aux constructions en cours d'exécution sur les allées Saint-Michel, on estime qu'elles seront achevées dans une année ; une seconde année sera nécessaire pour installer le mobilier, le matériel, l'outillage et les collections. En sorte, que la Faculté de médecine pourra être livrée à l'enseignement à la rentrée de l'année scolaire 1890-1891 ; cela toutefois, si l'état des finances de la ville permet d'inscrire à son budget une dépense annuelle de 280,000 francs nécessaires au fonctionnement de ladite Faculté.

Pendant l'année scolaire 1887-1888, première année de son fonctionnement de plein exercice, l'Ecole a délivré 751 inscriptions à 212 étudiants ainsi répartis :

Elèves en Doctorat.	82
— Officiat.	42
— Pharmaciens de 1re classe. . .	8
— Pharmaciens de 2e classe. . .	80

L'année d'avant, l'Ecole préparatoire avait délivré seulement 579 inscriptions à 169 élèves. Cette plus value considérable est le résultat évident de la transformation de l'Ecole secondaire en Ecole de plein exercice.

Au concours pour le service de santé militaire, l'Ecole a eu deux élèves admis à 4 inscriptions, MM. Azaïs, n° 14, et Beauxis-Lagrave, n° 17. En outre, deux anciens étudiants de Toulouse sont arrivés : n° 1, M. Austric parmi les candidats à 16 inscriptions et n° 2, M. Iversenc parmi les candidats à 8 inscriptions.

Agréez, mon cher Directeur, L. C.

ÉCOLES PRÉPARATOIRES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE.

Ecole d'Alger.

Directeur : M. Texier.

Chaires magistrales.

Anatomie : M. Trolard. — *Physiologie* : M. Rey. — *Pathologie interne* : M. Texier. — *Pathologie externe* : M. Vincent. — *Thérapeutique* : M. A. Bourlier. — *Hygiène et médecine légale* : M. Sézary. — *Clinique médicale* : M. Gros. — *Clinique chirurgicale* : M. Bruch. — *Clinique obstétricale et gynécologique* : M. Merz. — *Histoire naturelle* : M. Trabut. — *Chimie et toxicologie* : M. Malosse. — *Pharmacie, matière médicale.* M. Battandier. — *Chargé de cours de physique* : M. Guillemin.

Cours complémentaires de clinique.

Maladies syphilitiques et cutanées : M. Gémy. — *Maladies des enfants* : M. Caussanel.

Professeurs suppléants.

Chaires d'anatomie et physiologie : M. Ramakers. — *Chaires de pathologie et de clinique internes* : M. Moreau. — *Chaires de pathologie et de clinique externes* : M. Merz. — *Chaire d'histoire naturelle* : M. Soulié. — *Chaire de pharmacie et matière médicale* : M. N.... — *Chef des travaux anatomiques* : M. Deshayes. — *Chef des travaux chimiques* : M. Rouffilange. — *Chefs de clinique* : MM. Cochez (médecine ; Thiébault (chirurgie); Sabadini (obstetrique). — *Préparateurs :* MM. Labbé (prosecteur d'anatomie); Cornebois (aide d'anatomie), Chalançon (préparateur de physiologie), Rollano (préparateur de chimie), Raynaud (préparateur d'histoire naturelle), Dumain (préparateur de pharmacie et matière médicale).

Alger, 30 octobre 1888.

Mon cher directeur,

Alger, par sa situation géographique paraît être destiné à être un de nos centres universitaires les plus importants. C'est du reste ce que semblent bien avoir compris depuis longtemps non-seulement tous les pouvoirs publics de l'Algérie, mais encore ceux de la métropole, et si le résultat déjà obtenu ne répond pas encore aux vœux si légitimes et si souvent renouvelés de l'établissement d'une université algérienne, la faute en est en partie aux lenteurs inhérentes à notre administration, et aussi aux économies budgétaires, souvent mal comprises, qui ne se font trop souvent qu'au détriment du budget de l'instruction publique.

En ce qui concerne tout particulièrement l'enseignement médical dans notre colonie, la nécessité de la transformation de l'école actuelle en faculté, ou tout au moins provisoirement en école de plein exercice est reconnue de tous. Les résultats si brillants, déjà obtenus par l'école d'Alger, la place importante qu'elle a su prendre parmi les autres écoles de médecine, nous sont, dès maintenant, un sûr garant du niveau scientifique à venir de la future Faculté. Les sacrifices considérables consentis par la ville et les conseils généraux de l'Algérie, ne peuvent qu'encourager l'Etat à faire droit à cette demande de transformation, si conforme aux intérêts de tous, si souvent promise, mais toujours reculée.

Dès 1872, M. le Gouverneur général exprime le désir « d'établir à Alger une Faculté de médecine, une Faculté des sciences et une Faculté de droit, afin de permettre aux jeunes algériens de compléter leur instruction sans avoir à passer la mer. » (1) Depuis cette époque, le recteur de l'académie et l'éminent directeur de l'école, le Dr Texier, si soucieux du bon fonctionnement et du développement de l'école d'Alger, n'ont cessé dans leurs discours de rentrée, de demander pour l'école le privilège dont jouissent les écoles de plein exercice. Ils ont trouvé du reste un appui puissant dans l'avis conforme des commissions académiques, de M. l'inspecteur général Gavarret, de P. Bert, etc.

En 1881, le recteur de l'académie, M. Belin (2) a mis en relief tous les inconvénients de la situation actuelle de l'école d'Alger.

La nécessité imposée aux étudiants en doctorat de l'école d'Alger d'aller à Montpellier passer leurs examens est sans contredit un des principaux *impedimenta* du recrutement des élèves. On comprend facilement que dans ces conditions les familles assez fortunées préfèrent envoyer de suite leur enfants étudier dans une faculté de la métropole, que d'autres au contraire reculent devant les frais que nécessiteront les déplacements, puis le séjour loin d'eux, de leurs enfants sur le continent. De ce fait encore, le recrutement d'étudiants indigènes pour le doctorat devient presque impossible.

Supposons l'école transformée en Faculté, ou simplement en Ecole de plein exercice. Les étudiants augmenteront dans une proportion notable et leur nombre s'accroîtra encore de ceux de nos étudiants valétudinaires des Facultés de la vieille France qui iront sans interrompre leurs études, chercher la santé et la guérison à Alger.

Jusqu'à ces derniers temps, l'école était installée de la façon la plus sommaire dans un vieux bâtiment de la rue René-Caillé. La construction de l'Université sur les terrains du camp d'Isly, est complètement terminée et la partie des bâtiments universitaires (3) destinés à l'école de médecine, est occupée par tous les enseignements (salle de dissections, 16 tables), laboratoires d'histologie, d'histoire naturelle, de chimie, de physique, de physiologie, de médecine opératoire, d'hygiène et de médecine légale ; musées d'anatomie normale et pathologique, etc.)

La nouvelle installation laisse peu de chose à désirer. On doit toutefois regretter que l'Etat n' ait pas cru opter pour le système des instituts isolés, se prêtant beaucoup plus facilement aux transformations nécessitées par les progrès de la science. Nous avons donné plus haut le tableau du personnel enseignant ; nous ajouterons que les professeurs suppléants, les chefs des travaux pratiques, les chefs de clinique et les préparateurs sont nommés au concours.

Aux renseignements qui précèdent nous croyons devoir ajouter les suivants sur la manière dont l'enseignement est donné et sur l'installation de l'Ecole. L'enseignement clinique a lieu à l'hôpital de Mustapha qui comprend 600 lits répartis en 11 services. L'école a cinq cours de clinique et un pavillon spécial avec salles d'opérations, d'oculistique, cabinets, etc., spécialement destiné à l'enseignement et édifié par le Conseil général.

1° *Clinique médicale.* — Le service des hommes occupe le pavillon Trousseau de 40 lits avec cabinets d'isolement; le service des femmes, la moitié du pavillon Bichat composé de 20 lits et de cabinets d'isolement. Ce service a reçu cette année 433 malades : 108 femmes et 325 hommes.

2° *Clinique chirurgicale.* — Le pavillon Dupuytren contenant 40 lits avec cabinets d'isolement est affecté au service des hommes; la moitié du pavillon Bichat, 20 lits avec cabinets d'isolement est affecté aux femmes. Il y a été traité 313 malades : 97 femmes, 216 hommes; le nombre des opérations importantes a été de 118.

3° *Clinique obstétricale.* — Installée dans le pavillon Dubois, elle comprend une salle pour les femmes grosses de 20 lits, une salle d'accouchées de 16 lits avec berceaux, une salle d'accouchements, etc. Cette année, il a été admis 148 femmes et pratiqué 141 accouchements.

4° *Clinique des maladies des enfants.* — Installé lors de sa création dans deux anciens pavillons, ce service a été transféré l'année dernière dans les nouveaux bâtiments de l'hôpital. Il occupe le pavillon Guersant comprenant 80 lits, 40 pour les filles, 40 pour les garçons. Le nombre des enfants traités a été de 389, ainsi répartis : 160 filles et 229 garçons.

(1) *Séance solennelle de rentrée de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger*, 21 novembre 1872, page 1.

(2) *Rentrée solennelle des quatre écoles d'enseignement supérieur*, 14 décembre 1881, page 12.

(3) Ces bâtiments ont coûté 2 400,000 francs, en y comprenant la station zoologique, l'observatoire et l'appartement du recteur.

5° *Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.* — C'est le dernier service de clinique encore installé dans les anciens bâtiments, où il occupe dans deux pavillons une salle de 35 lits pour les maladies cutanées, et deux autres de 66 lits ensemble, pour les syphilitiques. Pendant l'année scolaire, il a été admis 624 malades : 161 pour maladies cutanées, 463 pour la syphilis. Sur ce total général de 624 malades, on compte 177 indigènes, dont 43 étaient dans le service de dermatologie.

La plupart des services autres que les cliniques sont occupés par des professeurs de l'Ecole, Médecins ou Chirurgiens des hôpitaux, nommés au concours. Aussi peut-on dire que les étudiants peuvent profiter de tous les malades admis à l'hôpital. Ainsi qu'on le voit par cet exposé, les étudiants trouvent à l'hôpital un enseignement pratique sur toutes les branches de la pathologie.

L'hôpital compte 12 internes en médecine, 10 en pharmacie et 1 externe par service. Les places d'interne et d'externe sont obtenues au concours. Pour se présenter à l'internat, il faut avoir été externe pendant un an après concours ou avoir deux années de stage hospitalier. Les appointements des internes sont fixés comme il suit : 1re classe, 1200 fr., par an, 2e classe, 1000, provisoires quand ils sont en service.

Comme on le voit, l'école d'Alger est de beaucoup supérieure par son enseignement à celui des autres écoles préparatoires. Nous apprenons au dernier moment que la commission du budget a décidé que l'Ecole de médecine d'Alger serait classée parmi les écoles de plein exercice. Nous ne doutons pas que la Chambre ne ratifie la décision prise par sa commission. Cette décision nécessitera la création de deux chaires nouvelles de clinique et d'une chaire d'anatomie pathologique.

L'hôpital civil est situé à Mustapha, à 3 kilomètres d'Alger: Cet hôpital, sur un terrain en pente douce faisant face à la mer, est largement ventilé. Il se compose de pavillons (1) séparés les uns des autres par une allée de 20 mètres, l'avenue centrale a 60 mèt. de largeur. Ces pavillons sont des rez-de-chaussée élevés sur cave de 2 mètres, où sont installés les calorifères. Chaque pavillon comprend une salle de malades (36 lits), des cabinets d'isolement et des pièces pour les divers services, ainsi qu'un cabinet pour le médecin ou le chirurgien ; les latrines sont dans un réduit en dehors relié au bâtiment par un couloir. Les salles sont dallées, les fenêtres sans rideaux ont 3 mètres, sur 1 mètre 40. Cet hôpital construit sur une superficie de plus de huit hectares, est dans d'excellentes conditions hygiéniques ; il renferme plus de 600 lits ; les vieillards et les infirmes n'y sont pas conservés, ils sont évacués sur des hospices spéciaux.

Lors de la construction de l'hôpital civil, en 1878, le Conseil général d'Alger vota une somme 50,000 fr. pour l'installation d'un pavillon spécialement affecté aux études cliniques. Ce pavillon a été construit au sommet de l'avenue centrale ; c'est, comme les autres constructions de l'hôpital, un rez-de-chaussée sur cave, de 20 mètres de coté, dans lequel se trouvent les pièces suivantes : une salle pour les opérations, de 10 mètres de côté, avec une estrade en amphithéâtre ; cette salle reçoit le jour par un large ciel vitré, et de hautes fenêtres disposées en hémycicle et ouvertes au nord, à l'ouest et au sud ; sur l'un des cotés, une salle de 14 mètres de long pour les études d'ophthalmologie, ayant à coté un cabinet de professeur ; sur l'autre, un laboratoire pour les recherches de chimie des cliniques, et une pièce de 10 mètres de long pour les recherches micrographiques, avec exposition au nord et à l'est. A coté de cette pièce, un cabinet de professeur. Les deux cabinets des professeurs sont ouverts à l'est, c'est-à-dire qu'ils donnent du coté de l'avenue centrale de l'hôpital. Un jardin botanique, est situé devant ce pavillon.

Quelques-uns des anciens pavillons, sont encore debout, mais doivent être reconstruits dans un court espace de temps. Il serait à souhaiter, que ces travaux soient exécutés le plus rapidement possible, ainsi que l'installation projetée d'un grand service hydrothéropique ; (2) l'hôpital de Mustapha, pourrait alors à juste titre être cité comme un hopital modèle.

La construction d'un asile de convalescence, d'un asile d'aliénés (3) et d'un asile des vieillards viendra prochainement compléter l'organisation hospitalière du département d'Alger.

Le dépot de mendicité de Beni-Messon, possède 135 idiots et épileptiques ; à ce dernier asile est annexé l'institut de vaccin animal. — La limite d'age est fixé à 65 ans pour les médecins et à 60 ans pour les chirurgiens : cette mesure devrait être appliquée dans tous les établissements hospitaliers.

(1) Ces pavillons portent les noms de Lisfranc, Dubois, Broca, Andral, Bouillaud, Guersant, Broussais, Maillot, Laennec, Pasteur, Trousseau, Sedillot, Larrey, Dupuytren.

(2) Il est aussi question de la construction d'un pavillon pour les malades payants.

(3) Actuellement les aliénés sont dirigés sur Aix.

Le nombre d'enfants déposés au tour de l'hôpital, varie de 10 à 40. A propos de ces enfants, nous nous étonnons de lire, dans le réglement de l'hôpital, qu'ils sont tous baptisés le lendemain de leur réception. Nous espérons que l'administration s'empressera de supprimer promptement cette mesure, qui ne cadre plus avec les idées de notre époque.

Il nous resterait encore à parler de l'*Ecole professionnelle des infirmiers et infirmières* de l'hôpital civil de Mustapha, l'étude de son organisation sera l'objet d'un prochain article.

Veuillez agréer, etc.

Ecole d'Amiens.

Directeur : M. Lenoel. — *Directeur honoraire* : M. Herbet.

Professeurs titulaires.

Clinique interne : M. Mollien. — *Clinique externe* : M. Herbet. — *Pathologie interne* : M. d'Heilly. — *Pathologie externe* : M. Peulevé. — *Clinique obstétricale et gynécologie* : M. Lenoel père. — *Anatomie* : M. Dhourdin. — *Physiologie* : M. Scribe. — *Hygiène et thérapeutique* : M. Richer. — *Histoire naturelle* : M. Bernard. — *Chimie et toxicologie* : M. Bor. — *Pharmacie et matière médicale* : M. Debionne. — *Physique* : M. Delage.

Professeurs suppléants.

Clinique interne et pathologie interne : M. Bax. — *Clinique externe et pathologie externe* : M. Peugnier. — *Anatomie et physiologie* : M. N... — *Pharmacie et matière médicale* : M. Wallet. — *Physique et chimie* : M. Moynier de Villepois. — *Histoire naturelle* : M. Lenoel fils. — *Chef des travaux anatomiques et physiologiques* : M. N .. — *Chef des travaux chimiques et physiques* : M. Wallet. — *Chef de clinique médicale* : M. Lenté. — *Chef de clinique chirurgicale* : M. Durosel. — *Chef de clinique obstétricale* : M. Boury. — *Prosecteur d'anatomie* : M. Lenté. — *Aide d'anatomie* : M. Andrieu. — *Préparateur de chimie* : M. Bocquet. — *Préparateur de pharmacie* : M. Roussel. — *Préparateur de physique* : M. Hanot. — *Préparateur d'histoire naturelle* : M. Detergny. — *Secrétaire* : M. Boulfroy.

Ecole d'Angers.

L'École de médecine et de pharmacie d'Angers possède onze professeurs titulaires, 4 professeurs suppléants, 2 chefs des travaux. — Directeur : M. Meleux. Les chaires sont les suivantes :

Thérapeutique et hygiène : M. Bahuaud, professeur. — *Clinique chirurgicale* : M. Dezanneau, professeur. — *Pathologie externe* : M. Douet, professeur. — *Clinique interne* : M. Farge, professeur. — *Pathologie interne* : M. Feillé, professeur. — *Accouchements* : M. Guignard, professeur. — *Physiologie* : M. Legludic, professeur. — *Histoire naturelle* : M. Lieutaud, professeur. — *Anatomie* : M. Meleux, professeur. — *Pharmacie et matière médicale* : M. Raimbault, professeur. — *Chimie et toxicologie* : M. Tesson, professeur. — *Professeurs suppléants.* — M. Jagot, chaire de médecine, chargé du cours d'hygiène. — M. Mareau, chaire de chirurgie, chargé du cours de médecine opératoire. — M. Gaudin, chargé du cours de physique. — M. Bricad, anatomie, chargé du cours d'histologie. — M. Charier, chef des travaux anatomiques. — M. Thézée, chef des travaux chimiques.

Enseignement pratique.

L'hôpital a 400 lits ; tous les services y sont confiés à des professeurs de l'École, en sorte qu'il est entièrement ouvert aux élèves. *Clinique médicale* : hommes, 40 lits ; femmes 30 ; plus des tentes et pavillons de contagieux. — *Clinique chirurgicale* : hommes, 50 lits ; femmes, 25 ; plus des tentes et un service de vénériens. — *Clinique obstétricale* : Maternité, 25 lits. — L'hôpital a cinq internes titulaires et deux internes provisoires nommés au concours. Ils sont logés, nourris, etc.

Anatomie. — Un chef des travaux, un prosecteur et deux aides d'anatomie nommés au concours. — Pavillon spécial avec laboratoire du professeur, du chef des travaux, des préparateurs, des internes. — Amphithéâtre des élèves ; tables pour sept séries.

Chimie. — Un chef des travaux, un préparateur en chef, un en second, deux aides, tous nommés au concours. Laboratoire spécial du professeur et des préparateurs. Vaste laboratoire pour les élèves, avec fourneaux fixes, fourneaux à gaz, forge, étuves, plate-forme et étagère pour réactifs, etc.

Salles spéciales pour histologie, micrographie (avec nombreux microscopes). — Physique, etc. — Bibliothèque ouverte aux élèves ; 5,000 volumes de médecine. — Musée. Double série de vitrines ayant 62 mètres de développement. Nombreuses collections.

Ecole de Besançon (1).

Directeur : M. SAILLARD. — *Directeur honoraire* : M. CHENEVIER. — *Professeurs honoraires* : MM. SANDERET DE VALONNE ; DRUHEN aîné.

Professeurs titulaires.

Anatomie : M. BRUCHON, professeur. — *Physiologie* : M. BORNIER, professeur. — *Chimie et toxicologie* : M. BOISSON, professeur. — *Histoire naturelle médicale* : M. MAGNIN, professeur. — *Clinique interne* : M. COUTENOT, professeur. — *Clinique externe* : M. SAILLARD, professeur. — *Clinique obstétricale* : M DRUHEN jeune, professeur. — *Hygiène et thérapeutique* : M. CHENEVIER, professeur. — *Pathologie interne* : M. GAUDERON, professeur. — *Pathologie externe et médecine opératoire* : M. CHAPOY, professeur. — *Pharmacie et matière médicale* : M. FILLION, professeur suppléant, chargé du cours. — *Physique médicale* : M. HENRY.

Professeurs suppléants chargés de cours.

Histologie normale : M. BAULOT.— *Anatomie pathologique* : M. ROLAND. — *Chirurgie des armées et médecine operatoire* : M. HEITZ. — *Chimie organique* : M. MORIN, chargé provisoirement du cours. — *Histoire naturelle* : M. PRIEUR, chargé provisoirement de la zoologie. — *Chef des travaux anatomiques* : M. BOUTON. — *Chef des travaux chimiques* : M. MORIN.

En résumé, le personnel de l'Ecole se compose de 12 professeurs titulaires ; 5 professeurs suppléants chargés de cours ; 2 chefs de travaux ; 2 préparateurs et 2 aides. Un chef de clinique, 5 internes des hôpitaux et 7 externes nommés au concours. Les internes touchent chacun 400 fr. la première année, 600 francs la seconde.

Besançon possède deux hôpitaux : 1° le grand hôpital ou *hôpital Saint-Jacques* renfermant plus de 500 lits. Il est civil et militaire, contigu à l'Ecole. Les cliniques médicale et chirurgicale y sont installées et disposent de 200 lits. Les élèves font le service de toutes les salles, civiles ou militaires. Il y a un laboratoire de clinique très complet ; 2° l'hospice de Bellevaux, renfermant 250 lits environ, contient : la Maternité où se fait la clinique d'accouchements qui dispose de 20 lits ; les malades vénériens, cutanés, aliénés en observation et incurables. Cet hospice est departemental. Tous ces lits sont à peu près constamment occupés et l'Ecole a des ressources hospitalières exceptionnelles. Les cadavres sont en nombre suffisant pour les dissections et la médecine opératoire. Les laboratoires sont bien installés et le mobilier va s'augmentant chaque jour. La bibliothèque, contenant plus de 6000 volumes, est à la disposition des élèves, qui peuvent emporter les livres. — Le *Jardin botanique* est dépendant de l'école. — L'Ecole va être reorganisée conformément au décret du 1er août 1883. — Le Conseil général du Doubs a créé six bourses de 600 francs chacune, en faveur des etudiants en médecine (Doctorat et Officiat qui prendront l'engagement d'exercer dans le département pendant 10 ans. — S'adresser pour renseignements au directeur.

Ecole de Caen.

Directeur : M. BOURIENNE. — *Secretaire* : M. CARLET.

Semestre d'hiver 1888-1889.

Les cours ont recommencé à partir du 3 novembre dans l'ordre suivant :

Clinique externe ou chirurgicale : M. DELOUEY, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 7 h. 1/2 du matin, à l'Hôtel-Dieu. — *Clinique interne ou médicale* : M. AUVRAY, professeur, tous les lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures du matin, à l'Hôtel-Dieu. — *Clinique obstétricale* : M. BOURIENNE, professeur, tous les mardis, vendredis et samedis, à 9 heures à l'Hotel-Dieu. — *Anatomie* : M. GIDON, professeur, les lundi, mardi, mercredi et jeudi, à midi, à l'Institut anatomique. — *Pathologie interne* : M. MOUTIER, professeur. les lundi, mercredi, vendredi et samedi, à 5 heures, au palais de l'Université. — *Chimie et toxicologie* : M. LE PETIT, professeur, les mardi, mercredi, jeudi et samedi, à 10 heures 1/2, palais de l'Université. — *Hygiène et thérapeutique* : M. CHANCEREL, professeur, les mardi, jeudi, vendredi et samedi, à 4 heures du soir. — *Physique médicale* : M. PA[illegible]ON, professeur, mardi, mercredi, jeudi et vendredi, à 4 heures. — *Physique et chimie* (cours complémentaire) : M FAIVRE-DUPAIGRE, suppléant, mardi et vendredi à 9 heures. — *Dissections* : M. GUILLET, chef des travaux anatomiques ; tous les jours de 1 heure à 4 heures. — *Anatomie et histologie pathologiques* (cours complém.) : M. GUILLET, suppléant, mercredi. à 9 heures, à l'Hôtel-Dieu. — *Anatomie* (cours complémentaire) : M. N..., professeur suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie, vendredi et samedi. à midi. — *Leçons élémentaires sur l'ostéologie et l'arthrologie* : Pendant les mois de novembre et de décembre seulement, les mardi et mercredi à [illegible] h 1/2.

(1) Tout est prêt pour la réorganisation de l'Ecole, conformément au décret du 1er août 1883. Aussitôt apres la visite de la commission permanente, dans les premiers jours de novembre, le décret déclarant l'Ecole réorganisée pourra être promulgué.

palais de l'Université, M. X..., suppléant. — *Travaux chimiques au laboratoire de l'Ecole* : M. PICARD, les lundi et samedi, de 7 h. à 11 heures du matin, vendredi, de midi à 4 heures. — *Chef des travaux de physique* : M. PICARD.

Ecole de Clermont-Ferrand.

Directeur honoraire : M. le Dr FLEURY. — *Professeurs honoraires* : MM. FLEURY et NIVET. — *Directeur* : M. le Dr LEDRU. — *Secrétaire* : M. le Dr DOURIF.

Cours annuels. Professeurs.

Clinique externe : M. LEDRU. — *Clinique interne* : M. DOURIF. — *Thérapeutique et Hygiene* : M. N... — *Pathologie interne* : M. FOURIAUX. — *Pathologie externe* : M. GAGNON. — *Histoire naturelle* : M. GIROD. — *Anatomie* : M. TIXIER. — *Physiologie* : M. BLATIN. — *Chimie minérale* : M. HUGUET. — *Pharmacie et matière médicale* : M. ROCHER. — *Accouchements* : M. FREDET. — *Physique* : M. N...

Professeurs suppléants.

Petite chirurgie et médecine opératoire : M. BOUSQUET. — *Chimie et physique médicale* : M. CH. TRUCHOT. — *Histologie* : M. POJOLAT. — *Pathologie interne* : M. N... — *Chimie organique* : M. CH. TRUCHOT. — *Pharmacie* : M. N... — *Histoire naturelle* : M. N... — *Chef des travaux anatomiques* : M. POJOLAT. — *Chef des travaux chimiques* : M. GRUS.

Vastes laboratoires de chimie, amphithéâtres d'anatomie, où arrivent de nombreux cadavres provenant de l'Hôtel-Dieu, de l'asile d'aliénés de Clermont, de la maison centrale de Riom.

Cliniques médicales et chirurgicales, pourvues de nombreux malades. Salles d'accouchements mises à la disposition des élèves.

Ecole de Dijon.

Directeur : M. GAUTRELET. — *Secrétaire* : M. FRANÇOIS. — *Professeurs honoraires* : MM. CHANUT et MORLOT.

Professeurs titulaires.

Anatomie : M. MAILLARD. — *Physiologie* : M. TARNIER. — *Pathologie externe et médecine opératoire* : M. FLEUROT. — *Pathologie interne* ; M. MISSET. — *Clinique interne* : M. DEROYE. — *Clinique externe* : M. PARIZOT. — *Accouchements, maladies des femmes et des enfants* : M. GAUTRELET. — *Matière medicale et pharmacie* : M. VIALLANES. — *Chimie minérale* ; M. MARGOTTET, chargé de cours. — *Histoire naturelle* : M. LAGUESSE. — *Hygiène et thérapeutique* : M. COLLETTE. — *Physique médicale* : M. BRUNHES, chargé de cours.

Professeurs suppléants.

Hygiène : M. QUIOC. — *Anatomie et physiologie* : M. PAUFFARD. — *Physique médicale* : M. HÉBERT. — *Chef des travaux anatomiques* : M. BROUSSOLLE. — *Chef des travaux chimiques* : M. BILLIER. — *Cours de médecine opératoire et chirurgie des armees* : M. BROUSSOLLE.

Ecole de Grenoble.

Directeur : M. J. BERGER. *Secrétaire* : M. IMBERT.
Professeur honoraire : M. MICHAUD.

Semestre d'hiver 1887-1888.

Les cours de ce semestre ont commencé le 3 novembre 1888.

Clinique interne : M. BERGER, professeur ; lundi et vendredi, à 8 heures 1/2. — *Clinique externe* : M. GIRARD, professeur, mardi, samedi, à 8 heures 1/2. — *Anatomie* : M. ALLARD, professeur, lundi, mercredi, vendredi, samedi, à 11 heures ; M. PEGOUD, professeur suppléant et chef des travaux anatomiques ; mardi, jeudi, à 11 heures. — Les dissections sont obligatoires pour tous les élèves ; elles ont lieu tous les jours sous la direction du chef des travaux anatomiques. — *Hygiène et thérapeutique* : M. BERLIOZ, professeur ; lundi, mercredi, vendredi et samedi, à 5 heures. — *Pharmacie et matière médicale* : M. BRETON, professeur, mardi, vendredi, à 2 heures 1/4. — *Chimie et toxicologie* : M. RAOULT, professeur, lundi et jeudi, à 2 heures. — *Manipulations* : M. VERNE, chef des travaux chimiques (travaux pratiques obligatoires pour tous les élèves), mercredi, à 1 heure. — *Pathologie interne* : M. BISCH, professeur, mardi mercredi, vendredi et samedi, à 4 heures. — *Histoire naturelle zoologie* : M. CARLET, professeur, mardi, vendredi, à 1 heure. — *Physique* : M. JANNET, chargé de cours, mercredi, samedi, à 9 heures

Semestre d'été 1887-1889.

Les cours de ce semestre commenceront le 1er avril 1889.

Clinique interne : M. BERGER, professeur, lundi, vendredi, à 8 heures 1/2. — *Clinique externe* : M. GIRARD, professeur, mardi, samedi, à 8 heures 1/2. — *Accouchements* : M. REY, lundi. mercredi et samedi. leçon à une heure. — *Histoire naturelle bota-*

...que : M. Carlier, professeur, mardi, vendredi, à 7 heures 1/2. — *Pharmacie et matière médicale* : M. Bretet, professeur, mardi, vendredi, à 2 heures 30 du soir. — *Chimie et toxicologie* : M. Raoult, professeur, lundi, jeudi, à 2 heures — *Manipulations* : M. Verne, chef des travaux (Travaux pratiques obligatoires pour tous les élèves). mercredi, à 5 heures, dirigées par le chef des travaux chimiques — *Pathologie externe et médecine opératoire* : M. Turel, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 3 h. 3/4. Samedi, à 3 h. 3/4, démonstrations pratiques par le professeur (Travaux pratiques obligatoires pour tous les élèves. — *Physiologie* : M. Montaz, professeur, mardi, mercredi, vendredi samedi, à 4 heures. — *Physique* : M. Jannet, chargé de cours ; mercredi et samedi, 9 heures.

Cours complémentaires.

Maladies des enfants : M. Gallois, professeur suppléant, jeudi, à 8 heures 1/2 du matin. — *Exercices pratiques d'histoire naturelle* : M. Gagnieu, professeur suppléant. — *Exercices pratiques de physique* : M. Labatut, professeur suppléant, mardi, vendredi à 4 heures. — *Maladies des enfants* : M. Gallois, professeur suppléant. — *Anatomie générale (histologie)* : M. Nicolas, professeur suppléant, lundi, jeudi, à 2 heures. — *Exercices pratiques de pharmacie* : M. Giroud, professeur suppléant, mercredi et vendredi, à 4 heures. — Conférences dirigées par les Chefs de travaux et par les Suppléants pendant les deux derniers mois du semestre.

Professeur honoraire : M. Michaud.

Circonscription de l'Ecole de Grenoble : Isère, Drôme, Hautes-Alpes, Ardèche, Savoie, Haute-Savoie, Ain.

Dispositions générales. — Des registres d'inscriptions sont ouverts au Secrétariat de l'Ecole pour les aspirants au doctorat en médecine, au titre d'officier de santé, au titre de pharmacien de première et de deuxième classe. Tout candidat qui prendra une première inscription sera tenu de déposer entre les mains du secrétaire de l'Ecole : 1° Son acte de naissance, constatant qu'il a au moins dix-sept ans accomplis ; 2° S'il est mineur, le consentement de son père ou de son tuteur l'autorisant à suivre les cours de l'Ecole ; 3° L'indication de son domicile dans Grenoble et celle du domicile de ses parents ; 4° L'étudiant qui aspire au doctorat doit produire, avant de prendre la première inscription, le diplome de bachelier ès lettres et celui de bachelier ès sciences restreint ou complet ; 5° L'aspirant au titre de pharmacien de 1re classe doit produire le diplôme de bachelier ès sciences ou de bachelier ès lettres, ou de l'enseignement spécial ; 6° L'élève qui aspire au titre d'officier de santé doit déposer le certificat d'études exigé, par les règlements ; 7° L'aspirant au titre de pharmacien de 2e classe doit produire, en s'inscrivant, les mêmes pièces que les aspirants à l'officiat, et de plus, le certificat d'examen de validation du stage (Règlement du 31 août 1878). Le registre des inscriptions sera ouvert pour le 1er trimestre du 20 octobre au 5 novembre inclusivement, et pendant les quinze premiers jours des 3 trimestre. L'inscription ne sera acquise et délivrée que dans les huit premiers jours du trimestre suivant, et seulement dans le cas où l'élève aura préalablement justifié de sa présence aux cours obligatoires pendant tout le trimestre écoulé.

Le stage dans les hôpitaux, exigé des aspirants au doctorat en médecine et des aspirants au titre d'officier de santé, est obligatoire pour tous ces élèves. Il doit commencer, pour les uns comme pour les autres, après la quatrième inscription validée et se continuer jusqu'à la douzième inclusivement. Chaque année de stage réglementaire se compose, déduction faite des vacances, de dix mois complets de service effectif et commence régulièrement le 1er novembre pour se continuer sans interruption jusqu'au 31 août inclusivement.

Les inscriptions prises à l'Ecole de médecine comptent, pour toute leur valeur, comme prises dans une Faculté. Les travaux pratiques sont obligatoires. la rétribution à verser est fixée à 15 fr. par trimestre pour la première année et 10 fr. par trimestre pour les 2e et 3e années, et 5 fr. pour la 4e année (*Officiat*, décret du 20 juin 1878).

Les élèves en pharmacie qui aspirent au titre de pharmacien de 1re classe peuvent faire compter huit inscriptions d'Ecole préparatoire pour deux années dans une Ecole supérieure de pharmacie. Les élèves qui aspirent au titre de pharmacien de 2e classe sont tenus de prendre douze inscriptions (décret du 12 juillet 1875). Les étudiants ne seront admis à prendre les cinquième et neuvième inscriptions qu'après avoir subi avec succès un examen de fin d'année (idem). Les travaux pratiques sont obligatoires pendant les trois premières années de cours. La rétribution à verser a été fixée à 25 fr. par trimestre (idem).

Pour les aspirants au doctorat en médecine deux sessions d'examen seront ouvertes dans l'école préparatoire réorganisée, l'une au mois d'août pour le premier examen probatoire, l'autre au mois d'avril pour la première partie du deuxième examen probatoire.

Les sessions d'examens définitifs auront lieu aux époques suivantes : En août, pour les officiers de santé, les sages-femmes, les pharmaciens de 2e classe et les herboristes ; En novembre, pour les pharmaciens de 2e classe ajournés ou empêchés de se présenter en août ; En avril, pour les officiers de santé ajournés en août et pour les sages-femmes.

L'examen de validation de stage aura lieu aux mêmes époques que les examens définitifs des pharmaciens de 2e classe.

Par délibération de l'Ecole de médecine, des concours auront lieu à la fin de l année scolaire ; les prix obtenus seront décernés dans la séance solennelle de rentrée.

Ecole de Limoges.

Directeur : Dr E. Raymondaud.

Directeur honoraire : M. Astaix ; — *Professeurs honoraires :* MM. Astaix, Bleynie père, Mazard, Dépéret, Maret. — *Secrétaire :* M. Pillault.

Bibliothécaire : M. le Dr Mallebay.

Circonscription de l'école : Haute-Vienne, Corrèze et Dordogne.

ANNÉE SCOLAIRE 1888-89.

Les cours ont commencé le 2 novembre 1888.

Programme des cours.

Semestre d'hiver. — *Chimie et toxicologie :* M. Peyrusson, chargé du cours, lundi, mardi, vendredi ; conférence, samedi, à 2 heures. — *Clinique interne :* M. P. Lemaistre, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 8 heures du matin. — *Clinique externe :* M. Raymondaud père, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures du matin. — *Anatomie :* M. J. Lemaistre, professeur, lundi, mercredi, vendredi, samedi, à midi et demi. — *Pathologie interne :* M. Raymond, professeur, mardi, mercredi, vendredi ; conférence, samedi, à 8 heures. — *Thérapeutique.* : M. Mandon, professeur, lundi, mardi, jeudi, conférence, samedi, à 4 heures. — *Physique :* M. Gusse, chargé du cours, mardi, jeudi, samedi à 5 heures. — Semestre d'été. — *Clinique externe* : M. Raymondaud père, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures du matin. — *Clinique interne :* M. P. Lemaistre, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 8 heures du matin. — *Accouchements, maladies des femmes :* M. L. Bleynie, professeur, lundi, mercredi, vendredi ; conférence, samedi, à 4 heures. — *Physiologie*: M. Thouvenet, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 2 heures. — *Pathologie externe :* M. Chénieux, professeur, lundi, mercredi, vendredi ; conférence, samedi, à 3 heures. — *Histoire naturelle :* M. Boudet, professeur du cours, mardi, mercredi, vendredi ; conférence, samedi, à 8 heures du matin. — *Pharmacie et matière médicale :* M. Pillault, professeur, lundi, mardi, jeudi ; conférence, samedi, à 1 heure.

Cours complémentaires et conférences.

Anatomie générale et embryologie. — M. G. Raymondaud, professeur suppléant, les lundis, mercredis, vendredis, à 2 heures. — Cours complémentaire et conférences d'anatomie, lundi, mardi, jeudi, vendredi, de midi 1/2 à 5 h., M. Delotte, chef des travaux anatomiques.

Conférences et manipulations chimiques. — M. Besnard, chef des travaux chimiques, mardi et jeudi, à 7 heures du matin.

Chirurgie des armées (secours à donner aux blessés en temps de guerre). — M. N..., mardi, jeudi, samedi, à 4 heures.

Hygiène. — M. Dérignac, professeur suppléant, lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures.

Professeurs suppléants : MM. Guillaumet, G. Raymondaud, Dérignac. — *Chef des travaux anatomiques :* M. Delotte. — *Chef des travaux chimiques :* M. Besnard. — *Prosecteur :* M. Lavillauroy — *Préparateur de chimie, pharmacie,* M. Denoix.

L'Ecole de Limoges présente des facilités particulières pour l'étude de l'anatomie. — Les cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale s'exercent dans un vaste hôpital civil et militaire dont les différents services comprennent plus de 400 malades, blessés, femmes en couches, etc. — Tous les ans, six places d'internes dans cet établissement sont mises au concours à l'hôpital. Limoges possède une Société de médecine et de pharmacie, un journal organe de cette Société. — L'importante bibliothèque médicale de la ville a été transférée dans une des salles de l'école ; elle est ouverte tous les jours aux élèves.

Ecole de Poitiers.

ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

Directeur : M. Chédevergne : — *Secrétaire :* M. Boistard.

Semestre d'hiver. — *Clinique externe.* — M. Chédevergne, les mardis, jeudis et samedis à 9 h.

Anatomie. — M. Buffet-Delmas, suppléant chargé du cours, les mardis, jeudis et samedis, à midi. — M. Berland, chef des travaux anatomiques, les lundis, mercredis et jeudis, à midi. — *Clinique interne* : M. Robert, les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h — *Chimie et toxicologie* : M. Guitteau, les lundis, mercredis, et vendredis, à 1 h. — *Pathologie interne* : M. Brossard, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 h. 1/2, — *Thérapeutique* : M. de la

GARDE, les mardis, jeudis et samedis, à 4 h. 1/2. — *Pharmacie et matière médicale*: M. MAUDUYT, les mardis, jeudis et samedis, à 1 h. 1/2.

Semestre d'été. — *Clinique externe*: M. CHÉDEVERGNE, les mardis, jeudis et samedis, à 9 h. — *Clinique interne*: M. ROBERT, les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h. — *Physiologie*: M. ROLAND, chargé du cours, les mardis, jeudis et samedis, à 8 h. — Conférence les samedis, à 3 h. — *Pathologie externe et médecine opératoire*: M. POISSON, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 h. — *Accouchements et maladies des femmes*: M. JALLET, les lundis, mercredis et vendredis, à 8 h. — *Histoire naturelle médicale*: M. POIRAULT, les lundis, mercredis et vendredis, à 3 h. — *Physique*: M. GARBE, professeur de physique de la Faculté des Sciences, chargé du cours.

Conférences et cours complémentaires.

Physique médicale: M. JOUTEAU, en été les mercredis et vendredis, à 1 h. — *Chirurgie et médecine opératoire*: M. PION, les lundis, mercredis et vendredis, à 3 h. — *Hygiène*: M. ROLAND, les mardis et samedis. — *Histologie et embryologie*: M. BUFFET-DELMAS les mardis, jeudis et samedis, à 2 h.

Travaux pratiques.

Manipulations chimiques: M. JOUTEAU. — *Herborisations*: M. POIRAULT, tous les dimanches, en été. — *Médecine opératoire*: M. PION, en été. — *Anatomie pathologique*. M. ROLAND, les lundis et jeudis en été. — *Travaux pratiques d'histologie*: M. le Dr BRUMAUD DE MONTGAZON, licencié-ès-sciences naturelles. — Des cours complémentaires de clinique : 1° d'ophthalmologie ; 2° de maladies cutanées et syphilitiques ; 3° des maladies des enfants, seront faits par les suppléants.

Le service hospitalier comprend trois hôpitaux : l'Hôtel-Dieu, où ont lieu les cliniques ; l'Hôpital général, réservé aux vieillards, aux enfants et aux maladies mentales ; l'Hospice des Incurables, qui comprend un service de vénériennes et d'épileptiques. — Une clinique obstétricale est instituée à la Maternité.

Ces nombreux services rendent très faciles, pour les élèves, l'étude clinique des maladies, ainsi que celle de l'anatomie et de l'anatomie pathologique. — Huit tables d'amphithéâtre permettent à huit séries de prendre simultanément part aux travaux.

Les internes, le prosecteur, les aides d'anatomie et les chefs de clinique sont nommés au concours, à mesure que se produisent les vacances. Les élèves sont aussi appelés à profiter des cours de la Faculté des sciences de Poitiers, qui, par suite d'une entente entre les professeurs, complètent ceux de l'Ecole de médecine. Ils sont même autorisés à prendre part aux travaux pratiques qui s'y font et qui peuvent leur être utiles.

La bibliothèque de l'Ecole de médecine, celle de la Ville et celle des Facultés sont chaque jour ouvertes aux étudiants en médecine. Celle de l'Ecole vient d'être, de la part de M. le Dr Raymondiet, l'objet d'une importante donation (près de 700 volumes de médecine).

Les collections de l'Ecole sont également bien pourvues, par suite de legs très considérables de plusieurs professeurs de l'Ecole, et par suite des divers concours où des pièces d'anatomie doivent être préparées. L'anatomie pathologique offre des spécimens très remarquables.

Les étudiants devant passer les deux premiers examens de doctorat sans quitter notre école, tout y est organisé pour les y préparer. M. Garbe, professeur de Physique à la Faculté des Sciences, fait un cours à l'Ecole de Médecine deux fois par semaine. M. le Dr Brumaud de Montgazon, licencié ès sciences naturelles, leur fait un cours complémentaire de zoologie et de botanique et les examine sur ces matières. Le chef des travaux exerce tous les jours, pendant le semestre d'hiver, théoriquement et pratiquement, les Etudiants de 2e et de 3e année, en vue de la 1re partie du second examen. Indépendamment des cours de chimie que les élèves suivent à l'Ecole, ils sont admis à la Faculté des sciences aux conférences de chimie analytique et de chimie biologique.

Ecole de Reims.

Directeur: M. le Dr A. LUTON; — *Secrétaire*: M. A. GRANDVAL.

La circonscription de l'Ecole de Reims comprend, pour les médecins, les pharmaciens, les herboristes et les sages-femmes, les départements de la Marne, des Ardennes, de la Meuse, de Seine-et-Marne et de l'Aube. L'Ecole a ouvert les cours le jeudi 8 novembre, selon le programme suivant :

Semestre d'hiver.

Anatomie: M. L. HARMAN, tous les jours (le dimanche excepté), à 11 heures du matin. Une conférence par semaine. — *Pathologie interne*: M. STRAPART, les lundis, mardis et jeudis, à 5 h. du soir. Une conférence par semaine, le samedi, même heure. — *Clinique externe*: M. A. DECES, les lundis, mercredis et vendredis, à l'Hôtel-Dieu à 7 heures du matin. Une leçon hors des salles. — *Clinique interne*: M. LUTON, les mardis, jeudis et samedis, à l'Hôtel-Dieu, à 7 heures du matin. Une leçon hors des salles. — *[illegible]*: M. [illegible], suppléant, les lundis, [illegible] à [illegible] heures du soir. Une conférence par semaine. — *Clinique obstétricale*: M. [illegible], tous les jours à l'Hôtel-Dieu, à 11 heures. — *[illegible]*: M. [illegible], chargé de cours. — *Pharmacie et matière médicale*: M. [illegible], les mardis, jeudis et samedis, à [illegible] heures du soir. Une conférence par semaine, le lundi, à 1 heure. — *Travaux anatomiques et histologiques*: M. [illegible], suppléant d'anatomie, et M. [illegible], chef des travaux anatomiques, tous les jours à [illegible] heure 1/2, conférences les lundis, mercredis et vendredis, à 2 heures. — *Travaux de laboratoire de chimie, de physique et de pharmacie*: MM. [illegible], les lundis, mercredis et vendredis, de 1 heure à 4 heures. — *Conférences de pathologie générale*: M. [illegible], suppléant, le samedi, à 5 heures du soir.

Semestre d'été.

Physiologie: M. [illegible], les mardis, jeudis et samedis, à 11 heures du matin. Une conférence par semaine, le lundi, à [illegible] heures. — *Pathologie externe*: M. X..., les lundis, mercredis, vendredis et samedis, à 4 heures. Une conférence par semaine. — *Clinique externe*: M. A. DECES, les lundis, mercredis et vendredis à l'Hôtel-Dieu, à 7 heures du matin. Une leçon hors des salles. — *Clinique interne*: M. LUTON, les mardis, jeudis et samedis, à l'Hôtel-Dieu, à 7 heures du matin. Une leçon hors des salles. — *Thérapeutique et hygiène*: M. H. [illegible]ROT, les mardis, jeudis et samedis, à [illegible] heures du matin. Une conférence par semaine. — *Clinique [illegible]*: M. [illegible], tous les jours à l'Hôtel-Dieu à 11 heures. — *Accouchements*: tous les jours à l'Hôtel-Dieu. Une conférence par semaine, le samedi, à 5 heures. Ecole de sages-femmes, à l'Hôtel-Dieu. — *Chimie et pharmacie et toxicologie*: M. GRANDVAL, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 h. du soir. Une conférence le samedi à 1 h. — *Physique*: M. BERTINET, vendredi à 4 heures. — *Histoire naturelle médicale*: M. V. LEMOINE, les lundis, mercredis et vendredis, à 5 h. du soir. Une conférence, le samedi, à 5 heures. — *Histoire naturelle expérimentale*: M. [illegible]CŒUR, chargé de cours, le jeudi à [illegible] h. 1/2.

[illegible], 2 novembre 188[illegible]

Mon cher rédacteur,

Les Ecoles secondaires de médecine auront-elles un rôle dans l'enseignement [illegible] de notre pays ? La question n'est pas encore résolue. Entre les Universités qui se fondent, restera-t-il une place aux écoles préparatoires dont l'ambition, la seule qu'elles puissent avoir dans notre pays de centralisation à outrance, est de préparer de bons élèves pour les Facultés qui les attendent et qui les guettent des [illegible] en sais rien, mais on serait en droit d'en douter.

Je ne veux pas revenir sur les plaintes que je vous ai maintes fois adressées à l'occasion de l'application des nouveaux programmes et de l'absence d'examens de fin d'année. Ce ne sont pas seulement les programmes qui nous sont imposés, ce sont encore ceux qui sont chargés de les appliquer. J'ai dit les écoles avaient le droit de présentation des professeurs. Ce droit leur est [illegible] aujourd'hui. Les décisions prises par les hauts fonctionnaires de l'Instruction publique, dans leur sagesse toute [illegible], valent mieux, paraît-il, que les délibérations des corps compétents ; les présentations contre ces procédés [illegible] sont mises au panier. Les recours au Conseil [illegible] ne sont même pas possibles, puisque les écoles de médecine ont le droit d'avoir des délégués dans les Conseils académiques pour discuter le budget des lycées, elles n'ont à aucun titre le droit de vote dans les élections au Conseil supérieur de l'Instruction publique.

Mais j'aime mieux vous parler d'autre chose. L'administration des hôpitaux de Reims, vient d'inaugurer un pavillon destiné à la clinique chirurgicale. Ce pavillon qui contient vingt lits d'hommes et vingt lits de femmes, plus une douzaine de chambres pour les pensionnaires, est assez bien établi. Un amphithéâtre d'opérations très [illegible], est situé au milieu de ce pavillon. Les murs [illegible], les angles de plafond supprimés rapprochent les salles des types modernes ; les parquets seuls sont défectueux. Il sera impossible de les laver à grande eau, grâce aux calorifères dont les grilles se trouvent placées au niveau du sol. Ils sont donc condamnés au balayage et à la poussière. Néanmoins il y a là un progrès sur les anciennes salles de ce vieux couvent, qui d'ailleurs serviront encore aux autres chirurgiens, [illegible] pourront faute de mieux, les trouver suffisantes.

L'isolement des [illegible], pratiqué depuis plusieurs années

dans un vieux baraquement en planches qui vient d'être brûlé. va se faire enfin dans des salles propres, mais qui montrent qu'on ignore totalement à Reims ce qui s'est fait comme pavillons d'isolement, à Paris, notamment. Le problème est difficile, je le sais, et, là même où l'on croit l'avoir résolu, les solutions présentent des lacunes dont on ne s'aperçoit souvent qu'après. Mais que serait le progrès sans la recherche perpétuelle du mieux? — A vous, etc. Dr Y. .

Ecole de Rennes.

Directeur : M. Delacour.

L'Ecole de médecine et de pharmacie de Rennes possède treize chaires qui sont les suivantes :

Clinique interne: M. Delacour, professeur. — *Clinique externe:* M. Aubrée, professeur, semestre d'hiver. M. Dayot, professeur, semestre d'été. — *Clinique gynécologique et accouchements* : M. Perret, professeur. — *Pathologie interne* : M. Bruté, professeur. — *Pathologie externe* : M. Petit, professeur. — *Anatomie* : M. Lhuissier, professeur. — *Physiologie* : M. Lefeuvre, professeur. — *Chimie et Toxicologie:* M. Bellamy, professeur. — *Thérapeutique. Hygiène* : M. Regnault, professeur. — *Pharmacie et Matière médicale* : M. Macé, professeur. — *Histoire naturelle médicale* : M Lorveau, professeur. — *Botanique* : M. Faint, professeur suppléant de zoologie. — *Hygiène*: M. Bertheux, professeur suppléant, — *Histologie*: M. X..., professeur suppléant. *Chirurgie. Accouchements* : M. Blin, professeur suppléant, — *Travaux prat. de chimie et pharmacie*, M. Bellamy, prof. — *Histologie végétale* : M. Crié. — *Chef des travaux anatomiques* : M. Dayot fils. — *Physique médicale* : M. Deschamps. — *Travaux pratiques de physique et de chimie* : M. Lenormand.

Sont également nommés au concours parmi les élèves : 3 chefs de clinique, 6 préparateurs. L'hôpital contient 300 lits et une Maternité. L'Ecole possède des collections d'anatomie, d'histoire naturelle et de matière médicale. — Les cours de la Faculté des sciences servent aux élèves à completer leur instruction. — Les élèves peuvent, pendant trois ans, prendre des inscriptions équivalentes à celle des Facultés. Ils ont à leur disposition des laboratoires de chimie, anatomie, histologie, physique, physiologie, histoire naturelle. M. Faint professeur suppleant de physique; secrétaire, M. Treich.

Ordre des cours suivant les années d'étude.

Cours obligatoires pour les aspirants au doctorat (1re *année*). *Pendant le semestre d'hiver* : Les cours : d'anatomie, de chimie et de toxicologie, de zoologie, les travaux de dissection, les travaux pratiques de chimie, les travaux pratiques d'histoire naturelle — *Pendant le semestre d'été* : Les cours : de clinique externe de physiologie, d'histoire naturelle, de physique, de pathologie externe, les travaux pratiques de chimie, les travaux pratiques de physique.

Cours obligatoires pour les aspirants au doctorat (2e *année*). *Pendant le semestre d'hiver* : — Les cours : de clinique externe, de clinique interne, de pathologie interne, d'anatomie, les travaux de dissection. — *Pendant le semestre d'été* : Les cours : De clinique externe, de clinique interne, de physiologie, d'accouchement, d'hygiène et de thérapeutique, de pathologie externe; les travaux pratiques d'histologie et de physiologie.

Cours obligatoires pour les aspirants au doctorat (3e *année*). — *Pendant le semestre d'hiver* ; Les cours : de clinique externe, de clinique interne, d'anatomie, de pathologie interne, les travaux de dissection. — *Pendant le semestre d'été* : Les cours : de clinique externe, de clinique interne, de physiologie, d'accouchements, d'hygiène et de therapeutique, de pathologie externe; les travaux pratiques d'histologie et de physiologie.

Les aspirants au titre d'officier de santé doivent suivre les mêmes cours et sont astreints à prendre part aux memes travaux pratiques. — Les élèves de pharmacie sont tenus de suivre, pendant le semestre d'hiver, les cours de chimie, de pharmacie et de zoologie et les travaux pratiques ; pendant le semestre d'été, les cours d'histoire naturelle et de physique et les travaux pratiques.

Ecole de Rouen.

Directeur : M. Duménil.

Professeurs titulaires.

Anatomie : M. Tinel. — *Physiologie* : M. Pennetier. — *Pathologie externe* : M. Merry Delabost. — *Pathologie interne* : M. Brunon. — *Hygiène et thérapeutique* : M. Petel. — *Clinique d'accouchements* : M. Thierry. — *Histoire naturelle* : M. Blanche — *Physique*: M. Lecaplain. — *Chimie et toxicologie* : M. Renard. — *Pharmacie et matière médicale* : M. Duprey. — *Clinique externe* : M. Duménil. — *Clinique interne* : M. Olivier.

Cours complémentaires.

Anatomie générale Embryogénie: M Cerné; Démonstrations d'histologie dans le laboratoire d'anatomie microscopique. — *Chirurgie d'armée* · M. F. A. Hue. — *Anatomie pathologique* : M. N..., demonstrations d'anatomie microscopique pathologique. — *Histologie végétale*: Exercices pratiques, M. Dumont. — *Chef des travaux anatomiques*: M. X. ... — *Chef des travaux chimiques* · M. Duprey.

Ecole de Tours.

Directeur : M. Danner.

La circonscription de l'école comprend les départements d'Indre-et-Loire, Loir-et-Cher, Loiret et Cher.

Ouverture du registre des inscriptions, le mardi 3 novembre 1888. Clôture le 15 novembre, et le 30 pour les étudiants qui ne seront reçus bacheliers qu'à la session de novembre.

Programme des cours. — Semestre d'hiver.

Clinique interne; M. Duclos, professeur. Mardi, jeudi, samedi, à 8 heures du matin. — *Clinique externe*: M. L. Thomas, professeur. Lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures du matin. — *Pathologie interne* : M. Sainton, professeur. Mardi, mercredi, vendredi, à 11 heures et demie. — *Anatomie* : M. Ledouble, professeur. — Lundi, mercredi, jeudi, samedi, à midi et demi. — *Chimie et toxicologie* : M. Grandin, professeur. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures. — *Pharmacie et matière médicale* : M. Dupont, professeur. — Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures.

Semestre d'été.

Clinique interne : M. Duclos, professeur. — Mardi, jeudi, samedi, à 8 heures du matin. — *Clinique externe.* : M. L. Thomas, professeur. — Lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures du matin. — *Physiologie* : M. Danner, professeur. — Lundi, mercredi, vendredi, à midi. — *Accouchements* : M. O. Herpin, professeur. — Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures. Leçon pratique le jeudi. — *Thérapeutique* : M. Bodin, professeur. — Lundi, jeudi, samedi, à 3 heures. — *Histoire naturelle médicale* : M. Barnsby, professeur. — Mardi, mercredi, vendredi, à 3 heures. Conférence ou herborisation le jeudi. — *Pathologie externe* : M. Courbon, professeur. — Mardi, mercredi, vendredi, à 4 heures.

Travaux pratiques et cours complémentaires.
Semestre d'hiver.

Travaux anatomiques : M. Révol, chef des travaux. Tous les jours, de 2 à 5 heures. — *Cours complémentaires d'anatomie* : M. Révol. Mardi, vendredi, à midi et demi Conférence, lundi et jeudi, à 3 heures et demie (Novembre et décembre). — *Travaux pratiques de chimie* : M. Wolff, chef des travaux chimiques. Mardi, jeudi, samedi, de 1 heure à 4 heures — *Histoire naturelle médicale.* — *Zoologie* : M. Barnsby. Lundi, mercredi Février et Mars), à 3 heures. — *Travaux pratiques de botanique* : M. Barnsby. — Lundi, vendredi de 1 heure à 4 heures. — *Hygiène*. M. Meunier, jeudi et samedi, à 11 h. 1/2.

Semestre d'été.

Travaux pratiques de chimie et de physique : M. Wolff. — Lundi, mercredi, vendredi, de 1 heure à 4 heures. *Cours de physique* : M Brissonnet. — Lundi, mercredi à 4 heures — *Histologie* : M. Révol. — Jeudi, samedi, à midi. — *Médecine opératoire* : M. Thierry. Lundi, jeudi, à 4 heures. — *Ophthalmologie* : M. L. Thomas. — Dimanche à 9 heures.

ÉCOLES DE MÉDECINE NAVALE

Ecole de Brest.

Directeur : M. Barthélemy.

Année scolaire 1888-1889.

Semestre d'hiver.

Clinique médicale. Pathologie exotique : M. Duchateau, médecin principal, professeur. — *Clinique chirurgicale* : M. Cras, médecin en chef, professeur. — *Physiologie* : M. Auffret, médecin en chef, professeur. — *Thérapeutique et matiere médicale* : M. Galliot, medecin principal professeur. — *Anatomie descriptive et histologie* : M. Guyot, médecin principal, professeur. — *Hygiene générale* : M. Brédiam, médecin de 1re classe, professeur. — *Histoire naturelle* : M. Bavay, pharmacien en chef, professeur. — *Chimie médicale* : M. Chalmé, pharmacien principal, professeur. — *Physique medicale* : M. Bourdon, pharmacien de 1re classe, professeur. — *Accouchements* : M. Vergniaud, médecin de 1re classe, professeur.

Semestre d'été.

Pathologie interne : M. Duchateau. — *Chirurgie d'armée et pathogie externe* : M. Cras. — *Clinique chirurgicale et médecine*

opératoire : M. AUFFRET. — *Clinique médicale* : M. GALLIOT. — *Histologie et anatomie pathologique* : M. GUYOT. — *Hygiène navale et médecine légale* : M. BRÉDIAM. - *Botanique* : M. BAVAY, — *Chimie* : M. CHALMÉ. — *Pharmacie* : M. BOURDON. — *Maladies des femmes et des enfants* : M. VERGNIAUD.

Cours complémentaires.

Ophthalmologie et exercices pratiques : M. CRAS. — *Clinique des maladies vénériennes et des maladies de peau* : M. GALLIOT. — *Cours théorique de séméiologie* : M. BRÉDIAM. — *Bandages et petite chirurgie* : M. GAYET, médecin de 1re classe. — *Anatomie élémentaire.* — M. D'ESTIENNE, médecin de 2e classe.

Nota : Les cours afférents aux matières des *examens* du Doctorat, sont obligatoires pour les élèves qui ne les ont pas encore subis.

La Bibliothèque, l'Amphithéâtre d'anatomie et les salles de dissection, les musées, les laboratoires d'histologie, de chimie, de physique et de pharmacie, le jardin botanique, sont ouverts tous les jours à des heures régulières ; ils sont placés sous la direction des professeurs spéciaux ; ceux-ci dirigent en outre les travaux et exercices pratiques avec le concours de MM. les chefs de clinique interne et externe. MM. Bohéas et Barre, médecin de 1er classe. Le bibliothécaire est M. Clavier médecin principal en retraite ; le Conservateur des musées, M. Brousmiche, médecin principal en retraite ; le prévôt d'anatomie, M. D. Estienne ; le jardinier botaniste, M. Blanchard.

Ecole de Rochefort.

Directeur : M. DUPLOUY.

Cours du semestre d'hiver : Ouverture le 3 novembre 1888.

Chimie, chimie médicale, toxicologie (au point de vue de la recherche des poisons seulement) : M. MORIO, pharmacien en chef, professeur. — *Clinique médicale* : *Maladies mentales, maladies de la peau.* MM. GUÈS, BOURRU, médecins en chef, professeurs. — *Matière médicale et thérapeutique* : M. GUÈS, médecin en chef, professeur. — *Pathologie générale, pathologie interne* : M. BOURRU, médecin en chef, professeur. — *Histoire naturelle médicale* : M. BILLAUDEAU, pharmacien principal, professeur — *Physique médicale* : M. CUNISSET, pharmacien principal, professeur. — *Clinique chirurgicale* : *Maladies syphilitiques, maladies des yeux.* MM. FONTORBE, BODET, médecins principaux, professeurs. — *Pathologie externe* : M. FONTORBE, médecin principal, professeur. — *Physiologie* : M. BODET, médecin principal, professeur. — *Médecine légale et toxicologie* (au point de vue de la classification des poisons et des signes des empoisonnements) : M. BUROT, médecin de 1re classe, professeur. — *Accouchements et maladies des femmes et des enfants* : M ABELIN, médecin de 1re classe, professeur. — *Anatomie* : M. COQUARD, médecin de 1re classe, professeur. — *Ostéologie et arthrologie* : M. CAPDES, médecin de 2e classe, prosecteur.

Travaux pratiques. Les manipulations de chimie, de physique, d'histoire naturelle sont dirigées par MM. les professeurs de ces différentes chaires, assistés de préparateurs choisis par eux Le Laboratoire de pharmacie est dirigé par M Cunisset. Les travaux anatomiques, dirigés par M. le médecin de 2e classe, Libouroux, ont lieu l'après-midi. Le Laboratoire d'histologie est ouvert de 8 h. 1/2 à 10 h. 1/2 du matin et de 1 heure à 4 heures du soir. La Bibliothèque est ouverte tous les jours, le dimanche excepté et le soir pendant l'hiver, de 8 heures à 10 heures du soir.

Cours obligatoires selon le degré d'avancement des études universitaires. Les étudiants de 1re année suivent les cours de chimie, de physique, d'histoire naturelle et les travaux pratiques afférentes à ces cours. Ils suivent en outre ceux d'ostéologie et d'arthrologie. Les étudiants de 2e année suivent les cours d'anatomie et d'histologie, de physiologie, de pathologie interne et externe, ainsi que les travaux pratiques d'anatomie, d'histologie et de bactériologie. Les étudiants de 3e année suivent les cliniques médicale et chirurgicale, les cours d'anatomie, de physiologie, de matière médicale et de thérapeutique, de pathologie interne et externe. Les étudiants de 4e année suivent les deux cliniques, les cours de pathologie interne et externe de matière médicale et thérapeutique, de médecine légale, d'accouchements, et les travaux pratiques d'anatomie pathologique. Les médecins stagiaires suivent les cliniques, la pathologie exotique et de chirurgie d'armée (ces deux derniers enseignements sont donnés aux médecins stagiaires par le directeur du service de santé). Les étudiants en pharmacie suivent les cours de chimie, de physique, d'histoire naturelle, les exercices pratiques afférents à ces cours et les travaux du laboratoire de pharmacie.

Ecole de Toulon.

ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889. — Ouverture le 3 novembre.

Conférences médicales : M. BÉRENGER-FÉRAUD, directeur.

Semestre d'hiver.

Clinique chirurgicale, pathologie externe, chirurgie d'armée et physiologie : MM. MERLIN et ROUVIER, médecins en chef. — *Clinique médicale, pathologie interne, thérapeutique et pathologie exotique.* : MM CUNÉO et THOMAS, médecins en chef. — *Hygiène et médecine légale* : M. BERTRAND, médecin principal. — *Chimie médicale, chimie, toxicologie* : M. DE NOZEILLES, pharmacien en chef. — *Anatomie et histologie* : M. FONTAN, médecin principal. — *Anatomie descriptive et dissection* : M. RANDON, médecin de 1re classe chef des travaux anatomiques. — *Chirurgie élémentaire* : M. RÉBUFAT, médecin de 1re classe, chef de clinique chirurgicale. — *Pathologie générale élémentaire* : M. GRISOLLES, médecin de 1re classe, chef de clinique médicale. — *Physique médicale* : M. SAUVAIRE, pharmacien de 1re classe. — *Histoire naturelle médicale* : M. TAILLOTTE, pharmacien de 1re classe. — *Démonstrations d'anatomie* ; M. OURSE, médecin de 2e classe, prosecteur. — *Accouchements, maladies des femmes et des enfants* : M. ARNAUD, médecin de 1re classe.— *Démonstrations pratiques de zoologie* : T. PRAT, conservateur du musée.

Semestre d'été.

Clinique chirurgicale, pathologie externe, chirurgie d'armée et physiologie : MM MERLIN et ROUVIER, médecins en chef. — *Clinique médicale, pathologie interne, thérapeutique et pathologie exotique* : MM. CUNÉO et THOMAS, médecins en chef. — *Hygiène et médecine légale* : M. BERTRAND, médecin principal. — *Chimie médicale, chimie, toxicologie* : M. DE NOZEILLES, pharmacien en chef. — *Anatomie et histologie* : M. FONTAN, médecin principal. — *Anatomie descriptive et dissection* : M. RANDON, médecin de 1re classe, chef des travaux anatomiques. — *Chirurgie élémentaire* : M. RÉBUFAT, médecin de 1re classe, chef de clinique chirurgicale. — *Pathologie générale élémentaire* : M. GRISOLLES, médecin de 1re classe, chef de clinique médicale. — *Physique médicale* : M. SAUVAIRE, pharmacien de 1re classe. — *Histoire naturelle médicale* : M. TAILLOTTE, pharmacien de 1re classe. — *Démonstrations d'anatomie* : M. OURSE, médecin de 2e classe, prosecteur. — *Accouchements. Maladies des femmes et des enfants* : M. ARNAUD, médecin de 1re classe. — *Démonstrations pratiques de botanique* : M. CHABAUD, jardinier en chef — Conservateur de la bibliothèque : M. AUBIN, médecin de 1re classe en retraite. — Secrétaire : M. GAZEAU, secrétaire du Conseil de santé, médecin de 1re classe. — Jardinier botaniste : M. CHABAUD. L'école a : Un laboratoire de chimie ; un laboratoire et un cabinet de physique ; des amphithéâtres d'anatomie ; plusieurs salles de cours ; un musée d'histoire naturelle, d'anatomie normale et pathologique ; un jardin botanique.

Le Numéro des étudiants. — Malgré nos efforts pour arriver à faire ce numéro aussi exact que possible, nous ne nous faisons pas d'illusion sur les omissions et sur les erreurs involontaires que nous avons pu commettre. Aussi, faisons-nous appel à l'indulgence de nos lecteurs d'une part, et d'autre part à leur obligeance pour nous aider à combler les omissions, à réparer les erreurs.

Chronique des hôpitaux.

Nous recommencerons la *Chronique des hôpitaux*, dans le prochain numéro. Les renseignements donnés par cette chronique fournissent aux étudiants tous les éléments nécessaires pour faire de bonnes THÈSES DE DOCTORAT.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES DE LANGUE FRANÇAISE.

A. Belgique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BRUXELLES (1).

Président : M. A.-V. PIGEOLET. — Secrétaire : M. E. KUFFERATH.

Examen de candidat en médecine. (Art. 14 de la loi).

Premier semestre.

Anatomie de texture : MM. G.-A.-V. ROMMELAERE, prof. ord. et L. STIÉNON, prof extr., prép. Mardi, jeudi et vendredi à midi. — *Exercices micrographiques* : MM. G.-A.-V. ROMMELAERE, pr. ord. et L. STIÉNON, prof. extr., prep. Mardi, jeudi et vendredi à midi. — *Anatomie humaine descriptive* : M. L. DEROUBAIX, prof. ord. Lundi, mardi et mercredi à une heure. — *Anatomie humaine descriptive ostéologie, syndesmologie et splanchnologie* : M. J.-G. SACRÉ, prof. ord. Jeudi, vendredi et samedi à une heure. — *Anatomie des régions* : MM TH. HAUBEN, prof. ord. et L. WARNOTS, prosect. agr., sup. Samedi à midi heures et vendredi à deux heures. — *Démonstrations anatomiques* : MM. ALEX. WILMART, prosecteur et LUCIEN WILMART, pros., agr., sup. Tous les jours de neuf heures à midi. — *Physiologie humaine et embryologie. Exercices pratiques de physiologie* : MM T. GLUGE, prof. émérite ; P. HÉGER, prof. ord. ; SPEHL, agrégé sup., prepar. Mardi, jeudi et samedi, à deux heures. — *Pharmacognosie et éléments de pharmacie* : M. L. STIÉNON, prof. ext. Lundi et mercredi à midi. — *Eléments d'anatomie comparée* : M. YSEUX, pr., ord. Lundi à deux heures.

Premier examen de docteur en médecine. (Art. 15 de la loi).

Thérapeutique générale, y compris la pharmaco-dynamique : MM. E. VANDENCORPUT, prof. ordin., et V. JACQUES, agrégé suppléant. — *Pathologie et Thérapeutique spéciales des maladies internes* : MM. J. CROCQ, professeur ordin., et E. CARPENTIER, agrégé suppl. — *Psychiatrie* : M. JOS. DESMETH, prof. ordinaire. — *Pathologie générale* : M. JOS. DESMETH, prof. ordinaire. — *Anatomie pathologique et exercices pratiques micrographiques* : MM. T. GLUGE, professeur émérite ; J. M. WEHENKEL, prof. ordinaire ; L. STIENON, prof. extr., prép.

Deuxième examen de docteur en médecine (Art. 15 de la loi).

Pathologie chirurgicale (y compris l'ophthalmologie) : MM. J. THIRY, professeur ordinaire, et J. THIRIAR, agrégé suppl. — *Théorie des accouchements* : MM. A. V. PIGEOLET, prof. émér. et E. KUFFERATH, prof. extraord. ; G. TOURNAY, agrégé suppl. — *Hygiène publique et privée* : MM. E. H. DE SMET, prof. ext., et E. DESTRÉE, agr. supp., prépar. — *Médecine légale* (non compris la chimie toxicologique) : H. GUILLERY, professeur ordin.

Troisième examen de docteur en médecine. (Art. 15 de la loi).

Clinique interne (à Saint-Jean) : MM. le D[r] Victor DE SMETH. — *Clinique externe* (à Saint-Jean) : J. G. SACRÉ, professeur ord. — *Clinique interne* (à Saint-Pierre) : G. A. V. ROMMELAERE, prof. ordin. — *Clinique externe* (à Saint-Pierre) : S. THIRIFAHY, profess. ordin. — *Pratique des accouchements* (à la Maternité) : E. KUFFERATH, prof. extraordinaire. — *Théorie et pratique des opérations chirurgicales* : MM. S. THIRIFAHY, professeur ordin. et ALEX. WILMART, agrégé suppl. — *Anatomie des régions et démonstrations* : TH. HAUBEN, professeur ordinaire et M. WARNOTS, agrégé suppléant.

Cliniques spéciales.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées (à Saint-Pierre) : Edouard DE SMET, prof. extraord. — *Clinique externe des maladies des enfants* (à Saint Pierre) : M. le D[r] CHARON. — *Clinique interne des maladies des enfants* (à Saint-Pierre) : M. E. TORDENS, docteur agrégé. — *Clinique interne* (à l'Infirmerie : M. E. SPEHL, ag. supp. — *Clinique ophthalmologique* (à Saint-Jean) : J. B. COPPEZ, docteur agrégé. — *Clinique psychiatrique* (à Saint-Jean) : JOS. DESMETH, prof. ordinair. — *Clinique otologique* (à Saint-Jean) : CH. DELSTANCHE, doct. agrégé. — *Clinique laryngologique et rhinologique* (à Saint-Jean) : A. CAPART docteur agrégé.

Cliniques facultatives.

Clinique interne (à l'hôpital de Molenbeek-Saint-Jean) : M. J. CROCQ, prof. ordinaire. — *Laboratoire d'anatomie pathologique* : M. J. A. WEHENKEL, prof. ordinaire. — *Pratique des accouchements* (à la Maternité : M. DE SAINT-MOULIN, agrégé.

Cours libres.

Bandages et appareils (à Saint-Jean) : M. J. THIRIAR, agrégé. — *Exploration clinique et diagnostic médical* : M. E. SPHEL, agrégé. — *Neurologie* : M. J. MARIQUE, agrégé. — L. HYERNAUX et HENRIETTE, professeurs honoraires.

ÉCOLE SPÉCIALE DE PHARMACIE DE BRUXELLES.

L. HYERNAUX et HENRIETTE, professeurs honoraires.

Examen de candidat en pharmacie. (Art. 16 de la loi).

Eléments de physique expérimentale : M. E. ROUSSEAU, pr. ord. — *Chimie générale* : M. N... — *Eléments de botanique générale et spéciale* (y compris la botanique médicale) : MM. P. DE WILDE prof. ord. et J. E. BOMMER, prof. ord. — *Notions élémentaires de minéralogie et de géologie* : M. WITMEUR, prof. ord. — *Epreuve pratique sur la chimie* : M. E. JOLY, prof. ord. et A. REYCHLER, chef des travaux chimiques.

Examen de pharmacien. (Art. 17 de la loi).

Eléments de chimie analytique et de chimie toxicologie. Application à la recherche des poisons et des falsifications. Pharmacie théorique et pharmacie pratique. Opérations chimiques. Opérations pharmaceutiques : MM. J. B. DEPAIRE, prof. ord., VAN ENGELEN, agr. supp., prépar. — *Recherches microscopiques Drogues et médicaments en tant que marchandises, altération, falsification, doses maxima* : A. HERLANT, prof. extraord.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

M. C. VAN CAUWENBERGHE, Doyen.

Candidat en médecine, chirurgie et accouchements.

PREMIÈRE ÉPREUVE (1). — *Eléments d'anatomie comparée* : M. F. PLATEAU, professeur. — *Exercices pratiques d'anatomie comparée*, M. F. PLATEAU, professeur. — *Pharmacognosie et éléments de pharmacie*, M. E. DUBOIS. — *Anatomie de texture générale*, M. VAN BAMBEKE. — *Anatomie humaine descriptive*, M. H. LEBOUCQ. — *Démonstrations anatomiques (ostéologie, syndesmologie et myologie)*, M. H. LEBOUCQ.

SECONDE ÉPREUVE : — *Physiologie humaine* ; *exercices de physiologie expérimentale*, M. E. LAHOUSSE. — *Embryologie humaine*, M. VAN BAMREKE, professeur. — *Anatomie humaine descriptive*. — *Anatomie des régions*. — *Démonstrations anatomiques*, M. H. LEBOUCQ. — *Démonstrations anatomiques microscopiques*, M. C. VAN BAMBEKE.

Docteur en médecine, en chirurgie et en accouchements.

PREMIÈRE ÉPREUVE. — *Pathologie générale*, M. C. VERSTRAETEN. — *Thérapeutique générale, y compris la pharmacodynamique*, M. N. DU MOULIN. — *Pathologie et thérapeutique spéciale des maladies internes et mentales*, M. E. POIRIER. — *Anatomie pathologique, Démonstrations pathologiques d'anatomie pathologique*, M. B. RODDAERT.

DEUXIÈME ÉPREUVE. — *Pathologie chirurgicale et ophtalmologie*, M. E. BOLQUÉ. — *Théorie des accouchements (suites de couches et gynécologie)*, M. C. VAN CAUWENBERGHE. — *Médecine légale, non compris la chimie toxicologique*, M. C. DE VISSCHER. — *Hygiène publique et privée*, M. E. VAN ERMENGEM.

TROISIÈME ÉPREUVE. — *Clinique interne*, MM. N. DUMOULIN et R. BODDAERT. — *Clinique externe*. — M. F.-J.-D. SOUPART, suppléé par MM. AD. DE COCK et G. BODDAERT. — *Pratique des accouchements, clinique des femmes enceintes et en couches*, M. C VAN CAUWENBERGHE — *Théorie et pratique des opérations chirurgicales*, M. V. DENEFFE. — *Anatomie des régions*, M. H. LEBOUCQ. — *Clinique ophtalmologique*, M. V. DENEFFE. — *Clinique des maladies syphilitiques et des maladies de la peau*, M. E POIRIER — *Policlinique chirurgicale, bandages, appareils et petite chirurgie*, M. AD. DE COCK. — *Policlinique médicale*, M. C. VERSTRAETEN.

COURS FACULTATIFS. — *Bactériologie*, M. E. VAN ERMENGEM. — *Otologie, laryngologie et rhinologie*, M. E. EEMAM.

ENSEIGNEMENT DE LA PHARMACIE A GAND.

Candidat en pharmacie.

Physique expérimentale, M. H. VALERIUS. — *Chimie générale*. Prof. M. TH. SWARTS. — *Botanique générale et spéciale*, M. MAC LEAD. — *Notions élémentaires de minéralogie et de*

(1) Pour plus de détails sur les Universités de Belgique, voir le *Numero des Etudiants* des années précédentes, en particulier celui de 1886.

géologie, M. DUGNIOLLE. — *Manipulations chimiques*, M. TH. SWARTS.

Examen de pharmacien (1).

PREMIÈRE ÉPREUVE. — *Drogues et médicaments en tant que marchandises, altérations, falsifications et doses maxima*, M. N. DUMOULIN. — *Eléments de chimie analytique et toxicologique.* — *Pharmacie théorique et pratique*, M. E. DUBOIS.

SECONDE ÉPREUVE. — *Opérations chimiques, préparations pharmaceutiques, opérations propres à découvrir les falsifications des médicaments, recherches microscopiques*, MM. N. DUMOULIN et E. DUBOIS. — *Analyse générale, opérations toxicologiques.* E. DUBOIS.

COURS FACULTATIFS. — *Recherches des falsifications des denrées alimentaires.* — *Analyse chimique quantitative, analyses spéciales*, M. E. DUBOIS.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LIÈGE (2).

Doyen : M. P. NUEL. — Secrétaire : M. Th. PLUCKER.

Candidature en médecine, chirurgie et accouchements.

PREMIÈRE ÉPREUVE.

Anatomie descriptive. (Ostéologie, syndesmologie, myologie) : M. F. PUTZEYS, professeur ordinaire. — *Anatomie de texture générale* : M. A. SWAEN, professeur ordinaire. — *Pharmacognosie et éléments de pharmacie* : M. J. VAN AUBEL, professeur ordinaire.

SECONDE ÉPREUVE.

Anatomie descriptive. (Angéiologie, névrologie splanchnologie. organes des sens et anatomie de texture spéciale : MM. A. SWAEN et F. PUTZEYS, professeurs ordinaires. — *Anatomie des régions* : M. A. SWAEN, professeur ordinaire. — *Physiologie* : M. L. FREDERICQ, professeur ordinaire. — *Physiologie des organes des sens* : M. P. NUEL, professeur ordinaire. — *Embryologie* : M. Ed. VAN BENEDEN, professeur ordinaire. — *Anatomie comparée* : M. Ch. JULIN, chargé de cours. — *Exercices microscopiques d'histologie normale* : M. A. SWAEN, professeur ordinaire. — *Exercices d'anatomie comparée* : M. Ed. VAN BENEDEN, professeur ordinaire. — *Exercices pratiques de physiologie* : M. P. NUEL, professeur ordinaire — *Démonstrations anatomiques*: MM. SWAEN et PUTZEYS. Les laboratoires sont ouverts aux élèves toutes les après-midi, excepté le samedi (semestre d'hiver).

Premier Doctorat.

PREMIÈRE ÉPREUVE.

Pathologie générale : M. V. FRANCOTTE, chargé de cours. — *Anatomie pathologique* : M. Ch. FIRKET, professeur extraordinaire. — *Hygiène publique et privée* : M. F. PUTZEYS, professeur ordinaire. — *Exercices microscopiques d'anatomie pathologique* : M. Ch. FIRKET, professeur extraordinaire — *Démonstrations d'anatomie pathologique* : M. FIRKET, professeur extraordinaire. — *Exercices pratiques d'autopsies* : M. FIRKET, professeur extraordinaire.

SECONDE ÉPREUVE.

Pathologie et thérapeutique spéciales des maladies internes, y compris les maladies mentales : M. C. VANLAIR, professeur ordinaire. — *Thérapeutique générale* : M. J. VAN AUBEL, professeur ordinaire.

Deuxième Doctorat.

Pathologie chirurgicale spéciale (y compris les affections des os et des articulations), lundi, vendredi, 10 à 11 h.: M Th. PLUCKER. — *P. générale*, lundi, vendredi, 11 à 12 h. M. A. VON WINIWARTER, professeur ordinaire. — *Ophthalmologie*, mercredi, jeudi, de 11 à 12 h. : M. P NUEL, professeur ordinaire. — *Théorie des accouchements*, lundi, mercredi, vendredi, de 2 1/2 à 4 h. : M. A. WASSEIGE, professeur ordinaire. — *Médecine légale* : M. J VAN AUBEL, professeur ordinaire.

Troisième doctorat.

Clinique interne : MM. V. MASIUS, professeur ordinaire. — *Policlinique interne* : M. V. MASIUS, professeur ordinaire — *Clinique externe* : M. A. VON WINIWARTER, professeur ordinaire. — *Policlinique externe* : M. A. VON WINIWARTER, professeur ordinaire. — *Théorie et pratique des opérations chirurgicales* : M. A. VON WINIWARTER, professeur ordinaire. — *Clinique ophthalmologique* : M. P. NUEL, professeur ordinaire. — *Opérations obstétricales* : M. A. WASSEIGE, professeur ordinaire. — *Clinique obstétricale* : M. A. WASSEIGE, professeur ordinaire. — *Clinique des maladies syphilitiques et cutanées* : M. Th. PLUCKER, professeur ordinaire. — *Clinique des maladies des enfants* : M. V. MASIUS, professeur ordinaire. — *Clinique des maladies des vieillards* : M. C. VANLAIR, professeur ordinaire. — *Exercices pratiques d'anatomie topographique* : M. A. SWAEN, professeur ordinaire. — *Exercices de clinique propédeutique* : M. V. MASIUS, professeur ordinaire.

Pharmacie.

Pharmacie théorique : les drogues et les médicaments, en tant que marchandises ; les altérations, les falsifications et les doses maxima : M. A. GILKINET, professeur ordinaire. — *Eléments de chimie analytique* : M. L. DE KONINCK, professeur ordinaire. — *Exercices pratiques de chimie analytique* : M. L. DE KONINCK, professeur ordinaire. — *Chimie toxicologique* : M. Th. CHANDELON, chargé de cours — *Exercices pratiques de chimie toxicologique* : M. Th. CHANDELON, chargé de cours. — *Pharmacie pratique* ; M. A. GILKINET, professeur ordinaire. — *Exercices microscopiques* M. A. GILKINET, professeur ordinaire.

Cours facultatifs.

Analyse organique et falsification des denrées alimentaires, M. A. JORISSEN, agrégé spécial. — *Bactériologie* : M. Ch. FIRKET: professeur extraordinaire (1).

B. Suisse.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE GENÈVE.

M. le Professeur JULLIARD, doyen.

Semestre d'hiver. Cours.

Anatomie normale : M. le Prof. LASKOWSKI. Anatomie générale. Appareil de la locomotion. (Ostéologie, arthrologie, myologie). Six heures par semaine. Conferences et exercices pratiques de dissection tous les jours. — *Physiologie* : M. le Prof. SCHIFF. Physiologie de la nutrition, digestion, absorption, respiration. 6 heures par semaine. — *Démonstrations et exercices pratiques* dans le laboratoire avec conférences pratiques tous les jours. — *Histologie normale* : M. le Prof. ETERNOD. Première partie : Histologie générale des tissus. 2 heures par semaine. — *Embryologie* : Le même professeur. 2 heures par semaine. — *Laboratoire pour recherches spéciales d'histologie et d'embryologie.* Le même professeur. Tous les jours : S'adresser directement au professeur. — *Cavité buccale* : Le même professeur. Anatomie normale et pathologique de la cavité buccale et de l'appareil dentaire. 2me partie : partie pathologique. 2 heures par semaine. — *Anatomie et Physiologie pathologiques générales* : M. le Prof. ZAHN. 6 heures par semaine. — *Cours d'Autopsie et de Démonstrations pathologiques* : Le même professeur. 4 heures par semaine. — *Laboratoire d'Anatomie pathologique* : Le même professeur dirigera les travaux dans ce laboratoire qui sera ouvert tous les jours. — *Pathologie interne* : M. le Prof. D'ESPINE. Maladies infectieuses. Maladies du système nerveux. 3 heures par semaine. — *Cours pratique d'auscultation et de percussion* (cours libre) : Le même professeur 1 heure par semaine. — *Pathologie externe* : M. le Prof. Jacques REVERDIN. Affections chirurgicales de os et des articulations. Pathologie chirurgicale spéciale. 3 heures par semaine. — *Médecine opératoire* : Le même professeur. Des méthodes et des procédés opératoires; de leurs indications et contre-indications; de leur manuel et de leurs résultats. 2 heures par semaine. — *Clinique médicale* : M. le Prof. REVILLIOD: 7 h. et demie par semaine. — *Clinique chirurgicale* : M le Prof. JULLIARD. 7 heures 1/2 par semaine. — *Clinique obstétricale et gynécologique* : M. le Prof. Alfred VAUCHER. 5 heures par semaine. — *Cours théorique d'Accouchement* : Le même professeur. 2 heures par semaine. — *Cours théorique de Gynécologie* : Le même Professeur. 2 heures par semaine. *Thérapeutique.* — M. le Prof. PRÉVOST, Modificateurs neuro-musculaires. Modificateurs des sécrétions et des excrétions, 3 heures par semaine — *Hygiène* : M. le Prof. DUNANT. Hygiène publique et privée 2 heures par semaine. — *Médecine légale avec exercices pratiques* : M. le Prof GOSSE. Médecine légale du code pénal. 4 heures par semaine. *Matière médicale et pharmacologie* : M. le Prof. BRUN. Drogues simples et médicaments composés. Remèdes nouveaux, leur valeur et leur emploi Produits médico-chimiques. Formules officinales et magistrales. 2 heures par semaine. — *Démonstrations et exercices pratiques dans le Laboratoire de pharmacie* : Le même professeur. — *Psychiatrie* : M. le Prof. OLIVET. Cours clinique

(1) Ces matières font l'objet d'une épreuve unique ou de deux épreuves successives.

(2) Voir dans le *Progrès médical*, novembre 1887, une note très intéressante sur les nouveaux instituts qui ont été construits à Liège.

(1) Malgré toutes nos recherches, nous n'avons pu obtenir cette année des renseignements sur la Faculté de médecine de Louvain.

[illegible] : M. le Prof. [illegible] [illegible] *Bandages et* [illegible] 2 heures par semaine. — [illegible] 1 heure par semaine.

Cours des privat-docents.

[illegible] ophthalmologique : M. le Dr BARDE. 1 heure par semaine. — [illegible] *théorique et pratique* : Le même. [illegible] — *Ophthalmologie* : [illegible] — *Clinique ophthalmologique* : Le même. 2 h. par semaine. [illegible] M. le Dr GIRTZ. [illegible] M. le Dr LAMBERT. [illegible] HARPE. 1 heure par semaine.

Semestre d'été.

[illegible] M. le Prof. LASKOWSKI. [illegible] [illegible]

Cours des privat-docents.

Ophthalmoscopie théorique et pratique : M. le Dr BARDE. [illegible]

FACULTÉ DES SCIENCES DE LAUSANNE.

SECTION DE MÉDECINE.

Semestre d'hiver du 15 octobre 1887 au 25 mars 1888.

Première année

Physique expérimentale : M. H. DUFOUR, prof. ord., 5 h. — *Chimie inorganique* : M. BRUNNEL, prof. ord., 5 h. — *Chimie analytique et Toxicologie* : M. BRUNNER, prof. ord., 1 heure. — *Travaux au laboratoire de chimie* : M. BRUNNER, prof. extr., 3 h. — *Botanique générale et pharmaceutique* : M. SCHNETZLER, prof. ord., 3 h. — *Zoologie* : M. BLANC, prof. extr., heures. — *Travaux de zootomie et d'anatomie comparée* : M. BLANC, prof. extr., 4 heures.

Deuxième année.

Anatomie et physiologie générales : M. FOREL, prof. extr., 3 h. — *Anatomie humaine* : M. BUGNION, prof. extr. 5 h. — *Dissection* : M. BUGNION, prof. extr., 18 à 24 h. — *Histologie* : M. N. LŒWENTHAL, prof. extr., 3 h. — *Technique du microscope* : M. N. LŒWENTHAL, prof. extr., 1 h. — *Physiologie* : M. HERZEN, prof. extr., 6 h. — *Hygiène* : M. M. DUFOUR, prof. ext., 1 h. —*Médecine légale* : M. DIND, prof. extr., 1 h. — *Répétitions d'ostéologie* : (Un des assistants d'anatomie). 1 h.

SECTION DE PHARMACIE.

Première année.

Chimie inorganique : M. BRUNNER, prof. ord., 5 h.— *Chimie analytique* : M. BRUNNER, prof. ord., Volumétrie, 1 h. — *Toxicologie* : M. BRUNNER, prof. ord., 1 h. — *Travaux au laboratoire de chimie* : M. BRUNNER, prof. ord., 3 h. après-midi.— *Chimie industrielle* : M. BRELAZ, prof. extr., 3 h. — *Physique expérimentale* : M. H. DUFOUR, prof. ord , 5 h. — *Botanique générale* : M. SCHNETZLER, prof ord., 3 h. — *Zoologie* : M. BLANC, prof. extr., 5 h. — *Anatomie et physiologie générales* : M. FOREL, prof extr., 3 h. — *Analyse qualitative* : M. CHUARD, prof. extr., 1 h.

Deuxième année.

Botanique pharmaceutique : M. SCHNETZLER, prof. ord., 3 h. — *Pharmacie* : M. BUTTIN, prof. extr., 3 h. — *Pharmacognosie* : M. CHASTELLAIN, prof. extr , 2 h. — *Chimie pharmaceutique* : M. BRUNNER, prof. ord., 2 h. — *Travaux au laboratoire de chimie* : M. BRUNNER, prof. ord., 3 après-midi. — *Chimie industrielle* : M. BRÉLAZ, prof. extr., 3 h. — *Analyse technique* : M. BRÉLAZ, prof. extr., 2 h. — *Chimie agricole* : 1re partie : M. CHUARD, prof. extr., 2 h.— *Géologie générale* : M. RENEVIER, prof. ord., 2 h. — *Hygiène* : M. M. DUFOUR, prof. extr., 1 h.

COURS LIBRES.

Détermination des minéraux et des roches : M. H. GOLLIEZ, prof. agrégé, 1 h.— *Répétitions de chimie organique* : M. KUNP, prof. agrégé, 2 h.

Lausanne, le 29 octobre.

Monsieur le Directeur du *Progrès médical*

Cher et très honoré confrère,

Je vous écrivais, il y a deux ans, que notre Académie s'était augmentée d'un commencement de Faculté de médecine. On y enseignait l'anatomie, l'histologie et la physiologie, sans compter, bien entendu, les sciences physiques et naturelles nécessaires aux études médicales, et les élèves ayant suivi ces cours pouvaient y subir l'examen dit propédeutique qui, chez nous, précède l'étude de la médecine proprement dite.

Comme vous l'avez annoncé, il y a quelque temps, cet embryon d'école de médecine va devenir une Faculté complète, la transformation de l'Académie de Lausanne en Université ayant été décrétée par le Grand Conseil. Ce n'est pas que la nécessité d'une nouvelle université dans notre pays se fît vivement sentir. la Suisse romande ayant déjà une université à Genève et la Suisse entière possédant quatre de ces établissements d'instruction supérieure, pour deux millions et demi d'habitants environ, soit une université pour six cent mille habitants. Cette moyenne est bien supérieure à celle de l'Allemagne, par exemple, où les universités paraissent si nombreuses. Néanmoins, c'est, je crois, un titre de gloire incontestable pour notre pays de répandre à profusion l'instruction à tous les degrés et l'occasion de créer une université à Lausanne étant [illegible], le gouvernement vaudois et le conseil municipal de la ville ont été assurément bien inspirés en consacrant à cette création le legs de M. de Rumine.

Vous savez que ce généreux ami de notre ville, d'origine russe, mais devenu citoyen de Lausanne, avait légué à sa patrie d'adoption une somme de un million et demi, devant être affectée, lorsqu'elle serait doublée, à la construction d'un édifice destiné à l'instruction publique. Les bâtiments académiques actuels étant fort insuffisants, le conseil municipal jugea qu'il ne saurait mieux profiter du legs en question que de le faire servir à l'édification d'un bâtiment neuf, qu'il offrirait à l'Etat sous certaines conditions. Ainsi fut fait, et, la réalisation d'un projet depuis longtemps formé étant facilitée par ce secours financier inattendu, l'achèvement de la Faculté de médecine et la promotion de l'Académie au rang d'Université furent résolus par le Conseil d'État et décrétés par le Grand Conseil.

Je passe sur les objections qu'a soulevées l'opportunité de cette décision. J'ai déjà dit plus haut qu'elle ne peut que faire honneur à la ville de Lausanne et au canton de Vaud, en rendant encore plus facile qu'il ne l'a été jusqu'à présent l'accès des hautes études à tous les jeunes gens capables. Du reste, cette création imposera au pays des sacrifices moins lourds qu'on ne pourrait le supposer à première vue. Les cliniques sont déjà toutes trouvées dans les services de l'hôpital cantonal, construction toute récente, vaste, fort bien aménagée, contenant plus de quatre cents lits. Les services sont au nombre de cinq, deux de médecine, deux de chirurgie et un d'accouchements. Il sera facile, avec quelques adjonctions, de créer là des services cliniques pour l'enseignement. Il en est de même pour ce qui concerne l'hôpital ophthalmique de Lausanne, et l'asile des aliénés de Cery, où l'on peut voir un matériel sinon aussi abondant, du moins aussi varié et aussi intéressant que celui d'une grande clinique de Paris.

Le dispensaire central, récemment créé à Lausanne par les médecins de la ville, fournira les éléments d'une consultation policlinique portant sur les diverses spécialités de la médecine, lesquelles sont toutes représentées très dignement ici. Il ne restera à créer de toutes pièces qu'un laboratoire d'anatomie pathologique, à la direction duquel on appellera sans doute un professeur étranger à Lausanne.

Pour le moment, on n'a encore nommé que les professeurs de clinique médicale et chirurgicale, MM. les Drs de Cérenville et Roux, tous deux bien connus par leurs nombreux travaux et dès longtemps désignés par leur talent. Mais il est à espérer que dans un ou deux ans, la Faculté de médecine de Lausanne sera constituée de toutes pièces et qu'il ne lui restera plus qu'à rivaliser de réputation avec ses aînées de la Suisse. On n'attend plus pour se mettre à l'œuvre que d'être fixé sur le montant de la subvention promise par la Confédération aux établissements supérieurs d'instruction publique de la Suisse, subvention qui contribuera aussi notablement à aplanir les quelques obstacles financiers qui pourraient subsister encore.

Agréez, cher et très honoré confrère, l'expression de mes sentiments cordiaux et bien dévoués. Dr EPERON.

C. Canada.

ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE MONTRÉAL.

PROFESSEURS.

Matière médicale et thérapeutique : Prof. M.-J. EMERY CODERRE. — *Accouchements et clinique d'obstétrique* : E. D'ODET D'ORSONNENS. — *Clinique chirurgicale* : W.-H. HINGSTON. — *Physiologie et Patologie générale* : G.-O. BAUDRY. — *Médecine légale et Botanique* : L.-B. DUROCHER. — *Chirurgie* : BRUNELLE. — *Histologie et ophtalmologie* : DESJARDINS. — *Anatomie descriptive* : D. MIGNAULT. — *Hygiène* : A.-H. PAQUET. — *Chimie* : J.-P. CHARTRAND. — *Pathologie interne* : L.-A. DEMERS. — *Clinique médicale* : J. GUERIN. — *Clinique d'otologie, de rhinologie et de laryngologie* : J.-B. ROLLAND. — *Bibliothécaire* : LEBLANC. — *Conférenciers* : J.-M. BEAUSOLEIL ; A. POITEVIN ; BARIL. — *Demonstrateurs d'anatomie* : J. LESPÉRANCE ; — A. RODIER. — *Clinique des maladies des enfants* : J. A. ASSELIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE (UNIVERSITÉ LAVAL) DE MONTRÉAL.

Doyens : C. H. LEMIEUX et J. P. ROTTOT. — Secrétaires : A. VALLEE et E. P. CHAPPEL.

Pathologie et clinique internes : J.-P. ROTTOT. — *Physiologie et Pathologie générales* : E.-P. LACHAPELLE. — *Anatomie descriptive* : A. LAMARCHE. — *Matière médicale* : A. PICARD. — *Tocologie* : DAGENAIS. — *Clinique interne* : J.-A. LARAMÉE. — *Pathologie et clinique externes* : A.-T. BROSSEAU. — *Clinique externe et chimie* : N. FAFARD. — *Anatomie pratique* : E. BERTHELOT. — *Hygiène* : SEVERIN LACHAPELLE. — *Tocologie* : F. DESROSIERS. — *Maladies des enfants et Botanique* : SALLUSTE DUVAL. — *Clinique d'oculistique et d'otologie* : A. FOUCHER. — *Histologie et médecine opératoire* : AZARIE BRODEUR. — *Anatomie descriptive et Clinique* : C. E. LEMIEUX. — *Phisiologie* : J. C. TACHÉ. — *Pathologie générale, maladies des yeux et des oreilles* : I. A. SIMARD. — *Pathologie interne, thérapeutique spéciale et clinique interne* : O. H. VERGE. — *Pathologie externe, médecine opératoire et clinique externe* : L. CATELLIER. — *Anatomie pratique, médecine opératoire, clinique externe* : M. AHERN. — *Matière médicale* : P. WELLS. — *Histologie* : E. TURCOT. — *Hygiène* : M. BROCHUT. — *Medecine légale et toxicologie* : J. LAVOIX, agrégés. H. C. HAMEL, A. MARAIS, A. JOYAL.

D. Turquie d'Asie.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE BEYROUTH.

Cette école est dirigée par les RR. PP. Jésuites de Syrie. Elle comprend quatre professeurs et est subventionnée par le gouvernement français. La Porte a refusé de participer aux frais d'enseignement. Cette école délivre des certificats de capacité aux Etudiants. On restera à Beyrouth dans un impasse, à moins qu'on ne se décide à envoyer les Etudiants passer leurs examens en France. Cependant notre correspondant estime que ce serait une bévue, et que l'on commettrait une lourde faute en laissant cette Ecole entre les mains des RR. PP. Jésuites. — Nous avons écrit pour avoir des renseignements sur le personnel enseignant. D'autre part, on nous écrit de Constantinople que des demandes sont faites auprès du gouvernement Turc pour qu'il accorde l'existence légale à cette école de médecine. Citons parmi les jeunes professeurs : MM. de BRUN DU BOIS NOIR et Maurice HACHE, anciens internes des hôpitaux de Paris.

CONGRÈS INTERNATIONAL DENTAIRE. — La *Société Odontologique de France* et la *Société d'Odontologie de Paris*, se sont réunies pour organiser en 1889, en même temps que l'Exposition universelle, un Congrès international dans lequel seront discutées les diverses questions intéressant l'Art dentaire. Ce Congrès permettra de mettre en lumière les progrès de la science odontologique et favorisera son développement.

HYGIÈNE. — Dans une de ses dernières séances, le comité consultatif d'hygiène publique de France a approuvé les conclusions d'un rapport de M. Gabriel Pouchet sur une réclamation des industriels du Morbihan et du Finistère relativement à la *soudure des boîtes de conserves*. Aux termes de ces conclusions, le comité, en raison des quantités de plomb que l'on trouve dans les conserves de poisson et des dangers que ces aliments font courir à la santé publique, a été d'avis qu'il n'y a pas lieu de retirer l'arrêté du 4 mars 1879, interdisant les soudures à l'intérieur des boîtes de conserves et prescrivant l'étamage du fer-blanc à l'étain fin. Toutefois il ne s'est pas opposé à ce qu'un nouveau et dernier délai d'une année soit accordé aux industriels pour l'écoulement des produits fabriqués avec les anciens procédés. Sur un rapport de M. Dubrisay, le comité a émis, d'autre part, l'avis qu'il y a lieu d'interdire l'emploi des feuilles d'étain plombifères pour envelopper les fruits, les confiseries, les chocolats, les fromages, les saucissons et, d'une manière générale, toutes les substances alimentaires. Les feuilles destinées à cet usage doivent être constituées par de l'étain fin, c'est-à-dire un alliage contenant au moins 97 0/0 d'étain.

OCCASION. — 1re année : *Physiques* : GARIEL, 8 fr. ; WIMOT, 8 fr. ; PATEIN, 5 fr. — *Chimies* : GAUTIER, neuf, 25 fr. ; GRIMAUX, 6 fr. ; ENGEL, 4 fr. ; RICHE, 5 fr. — *Botaniques* : BAILLON, 18 fr. ; CAUVET, 6 fr. — *Zoologies* : BLANCHARD, 8 fr. ; BAILLET, 10 fr. ; CARLET, 4 fr. ; LANESSAN, histoire naturelle, 12 fr. On trouve ces ouvrages, dernières éditions, chez **LEFRANÇOIS**, 9, rue Casimir-Delavigne.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES.

Suivant notre coutume annuelle, nous donnons ici les principaux renseignements que nous avons pu recueillir sur le fonctionnement des Universités étrangères qui sont malheureusement plus incomplets que nous ne l'aurions voulu.

A. Angleterre.

Le Royaume-Uni compte actuellement vingt corps savants investis du droit de délivrer des grades ou diplômes susceptibles d'être enregistrés conformément au *Medical Act* de 1858 ; nous donnons ici, pour n'avoir plus à y revenir, l'énumération de la plupart de ces grades, avec l'explication des initiales qui les représentent, et dont les titulaires font habituellement suivre leur nom : Licencié de l'Apothecaries Company (L. A. H.), Licencié de la Société des Apothicaires (L. S. A.), Licencié en Médecine (*Lic. Med.*), Licencié du Collège royal des médecins (*Licentiate of the Royal College of Physicians L. R. C. P.*) ; Licencié du Collège royal des chirurgiens (*Lic. of the Royal College of Surgeons, L. R. C. S.*) Lorsqu'ils deviennent, par un examen ultérieur, *Membres* de l'un de ces derniers collèges, et, ensuite Fellow, les *Licenciés* remplacent L. par M. et F. Licencié en obstétrique *Licenciate in Midwifery, L. M.*); maître en chirurgie (*Master in Surgery M. S. or chirurgiae magister C. M.*); Bachelier en médecine M. B. et enfin docteur en médecine M. D. Ce dernier titre n'est recherché que par un nombre relativement restreint de médecins, ce qui s'explique, si l'on se souvient que le plus modeste diplôme de bachelier ou de licencié confère le droit d'exercer toutes les branches de l'art de guérir ; aussi le grade de docteur en médecine, s'il constitue dans les grandes Universités de l'Angleterre le signe d'une éducation vraiment supérieure, a-t-il une valeur bien moins importante quand il émane d'autres Universités qui le confèrent simplement après quelques années de stage de bachelier ou de licencié. Tout étudiant en médecine doit au début de ses études, se faire inscrire, ou immatriculer dans les bureaux du Conseil général de médecine; il ne peut obtenir cette inscription qu'en justifiant d'examens subis devant un corps enseignant reconnu, ou en subissant un examen préliminaire, dont le programme, demeuré longtemps trop sommaire, a été dans ces dernières années, notablement étendu, et pourrait avec avantage, être encore élargi. Après avoir justifié de cet examen, ou l'avoir subi, l'étudiant est autorisé à commencer ses études médicales; plusieurs voies lui sont ouvertes, dans le choix desquelles il sera surtout guidé par les règlements de l'école qu'il aura choisie, car ces règlements, bien qu'ils s'inspirent tous, dans leurs grandes lignes, du programme-modèle tracé par le Conseil général de médecine, présentent néanmoins, d'une école à l'autre d'assez grandes variations de détail. C'est ainsi que, suivant les cas, l'étudiant pourra : 1° suivre pendant un an les cours ou les cliniques d'un hôpital de province, ou de tout autre établissement reconnu ; 2° devenir pendant un an l'élève particulier d'un chirurgien régulièrement diplômé et capable par sa situation de lui fournir des éléments suffisants d'instruction pratique; 3° entrer de suite dans une école de médecine légalement reconnue.

Le minimum du temps qui doit être consacré aux études médicales est de quarante-cinq mois à partir de la date de l'inscription; deux ans et demi au moins doivent être passés dans une école de médecine reconnue.

L'obtention des grades, diplômes ou *licences*, comporte au moins deux examens dont le premier comprend la chimie et la physique médicale, l'anatomie, la physiologie, la matière médicale et la pharmacie; le second examen ou examen final, que certaines universités divisent en plusieurs parties, roule sur la pathologie et l'anatomie pathologique, la médecine, y compris l'anatomie médicale, la clinique et la thérapeutique, la chirurgie, y compris l'anatomie chirurgicale et la clinique, les accouchements et la médecine légale. Les diplômes qui confèrent le droit d'exercer ne peuvent en aucun cas être délivrés avant l'âge de vingt et un ans.

Des modifications au sujet des grades en médecine ont été apportées en mai 1888 par le Sénat de l'Université de Londres, mais elles n'ont pas été promulguées et on ne sait quand elles seront mises en vigueur. — Elles portent sur des simplifications dans l'admission des étudiants, et sur des révision dans les programmes des examens.

Les corps enseignants qui ont le droit de délivrer des diplômes et de conférer des grades dans l'ordre de la médecine sont les suivants : Le Collège royal des médecins de Londres; le Collège royal des chirurgiens d'Angleterre; la Société des apothicaires de Londres : les universités de Londres, d'Oxford, de Cambridge, de Durham, de Victoria (à Manchester), le Collège royal des médecins et le Collège royal des chirurgiens d'Edimbourg, la faculté de médecine et de chirurgie de Glascow, les universités d'Aberdeen, d'Edimbourg, de Glascow, de Saint-Andrews, le King and Queen's College des médecins d'Irlande, le Collège royal des chirurgiens d'Irlande, l'Apothecaries's Company d'Irlande, l'université de Dublin et l'université royale d'Irlande.

En dehors de ces universités l'enseignement médical est donné dans plusieurs des grands hôpitaux de Londres; nous y reviendrons en parlant de ces hôpitaux; mais nous devons dès à présent mentionner l'Ecole de médecine de Londres pour les femmes, à laquelle le Royal Free Hospital fournit l'enseignement clinique, et l'école d'anatomie et de chirurgie de M. Thomas Cooke, et en dehors des institutions académiques, plusieurs écoles libres pour la dentisterie et la pharmacie.

En province, on trouve le Queen's College (Birmingham), le Owen's College (Manchester) et le College médical de l'Université de Durham, à Newcastle-on-Tyne, ainsi que les écoles de médecine de Bristol, de Leeds, de Liverpool et de Sheffield.

Bien qu'elles confèrent des grades, les Universités de Cambridge et d'Oxford ne donnent pas l'éducation médicale complète ; en fait il n'y a pas d'école de médecine à Oxford ; depuis l'an dernier il y a eu des modifications pour faire donner à la fois l'enseignement des sciences accessoires et de la médecine proprement dite, et l'été dernier les candidats examinés pour l'anatomie avaient reçu leur instruction à Oxford, mais Cambridge fournit une instruction solide dans plusieurs branches de l'art de guérir.

En Ecosse, outre les écoles attachées aux Universités d'Aberdeen, d'Edimbourg et de Glasgow il faut mentionner l'Extra-Academical School, à Edimbourg, et à Glasgow, le Collège d'Anderson et l'Ecole du Royal Infirmary.

En Irlande, on trouve l'Ecole de médecine d'Irlande, l'Ecole du Collège royal des chirurgiens d'Irlande et les Collèges de Cork, de Belfast et de Galway ; Dublin compte aussi plusieurs écoles de médecine : le Carmichael College of medecine and Surgery, l'hôpital et le collège médical du Dr Stevens, l'Université catholique et le Ledwich School, où l'on enseigne l'anatomie, la médecine et la chirurgie.

Il faut ajouter que les Collèges royaux des chirurgiens ainsi que la Faculté de médecine et de chirurgie de Glasgow délivrent des diplômes autorisant à exercer la chirurgie dentaire; ces diplômes sont enregistrés conformément à la loi sur l'exercice de l'art dentaire votée en 1878 et en vigueur depuis 1879.

Enfin, à la suite d'examens spéciaux, les Universités de Cambridge, de Londres, de Durham, d'Edimbourg, de Glasgow et de Dublin délivrent des certificats et des diplômes attestant les connaissances acquises par le candidat en hygiène et en médecine publique; ces diplômes ne sont pas actuellement enregistrables : ils sont habituellement recherchés par les praticiens (déjà pourvus de licences enregistrées) qui recherchent le poste de médecin sanitaire de district ou de région.

L'enseignement clinique est donné en Angleterre à peu près comme en France, peut-être même d'une façon plus large ; car, dans tous les hôpitaux auxquels se rattachent des écoles de médecine, les chefs de service, médecins, chirurgiens ou accoucheurs, ont à faire des conférences cliniques sur les malades couchés dans leurs salles, sans préjudice des cours des professeurs de clinique : ceux-ci, à la vérité, n'existent pas dans tous les hôpitaux; mais l'enseignement clinique n'en demeure pas moins très étendu et très complet, et porte sur toutes les branches de la médecine ; les hôpitaux spéciaux ne manquent pas en Angleterre ; ils sont même beaucoup plus nombreux et plus spécialisés qu'en France; mais, quel que soit l'hôpital général auquel l'étudiant est attaché, il y trouvera presque toujours sur place des professeurs spéciaux pour lui enseigner les maladies des yeux, des oreilles, de la gorge, de la peau, aussi bien que la chirurgie orthopédique, les maladies mentales ou l'hygiène publique. Enfin, on ne manque jamais d'exercer les élèves à l'emploi des diverses méthodes de diagnostic, notamment à l'auscultation de l'homme sain et de l'homme malade, aux recherches pratiques de micrographie et de chimie ; des conférences spéciales sont instituées dans ce but, et rendent aux élèves des services considérables. Enfin, la tâche de l'étudiant est encore facilitée par la présence dans la plupart des hôpitaux, sinon dans tous, d'un ou de plusieurs répétiteurs *tutors* dont la mission consiste à aider les jeunes gens dans leur travail, et particulièrement dans la préparation de leurs examens.

Les frais scolaires des études médicales sont considérables en Angleterre ; en revanche, un grand nombre de bourses sont données au concours ; beaucoup de prix sont représentés par une somme dont le chiffre est variable, et les *assistants* de clinique médicale, chirurgicale et obstétricale reçoivent des appointements relativement élevés ; c'est ainsi qu'au Guy's Hospital, à Saint-Mary's et à Saint-George's hopital, il y a des positions de 250 liv. st. et que les *house-surgeons*, dont la situation correspond à peu près à celle des internes des hôpitaux de Paris, touchent de 625 à 750 fr. par an; ils n'ont pas de frais d'études à payer, et sont logés. Toutes ces fonctions ne sont obtenues que pour six mois ou un an, ce qui fait que les titulaires en sont relativement nombreux et ce qui permet à tous les élèves un peu laborieux d'avoir, vers la fin de leurs études, au moins pendant six mois, les avantages de l'internat.

L'exercice de la médecine est absolument libre en Angleterre, mais nous avons dit que l'obtention de la licence, après validation par le Conseil médical, confère le droit d'exercer la médecine, avec les privilèges stipulés par la loi de 1858, et que par suite le diplôme de docteur en médecine devient en quelque sorte un luxe scientifique, dont se passent volontiers le plus grand nombre des praticiens du Royaume-Uni. Il n'y aurait pas grand mal à cela si les examens à la suite desquels on accorde cette licence portaient sur toutes les branches de l'art de guérir; malheureusement il n'en pas ainsi ; les licences sont spécialisées (licence en médecine, en chirurgie, en accouchements) en sorte que le titulaire de l'une d'elles peut n'avoir sur les autres parties de la médecine que des connaissances théoriques ou insuffisantes; il n'en est pas moins autorisé à *exercer la médecine*, dans le sens le plus large de ces deux mots ; ce regrettable état de choses appelle une réforme ; les membres les plus autorisés du corps médical, — et, après eux, l'opinion publique, — se sont émus, et il est permis d'espérer qu'avant longtemps une législation plus logique remplacera cette excessive et dangereuse tolérance.

C'est ainsi que plusieurs corps enseignants se sont entendus pour adopter un modèle uniforme d'examen pour le premier grade et que la plupart des collèges-hôpitaux ont fixé à un prix unique, 125 guinées (soit 3,125 fr. par an) le montant total des frais d'études.

Un amendement voté l'année dernière (1886) par le Parlement a légèrement modifié dans quelques-unes de ses parties le *Medical Act* de 1858 ; les modifications introduites sont les suivantes :

1° Le Conseil Général Médical et le Conseil privé sont désormais autorisés à accorder aux titulaires de diplômes étrangers, après examen et appréciation de ces diplômes, le droit d'être régulièrement enregistrés et de jouir ainsi dans le Royaume-Uni des privilèges attachés à ces diplômes.

2° Le nombre des membres du Conseil Général Médical est accru par l'adjonction de six membres nouveaux : l'un de ces membres représentera l'Université de Victoria et sera élu par elle ; les cinq autres seront élus directement par le Corps médical lui-même ; trois de ces derniers membres seront élus par les médecins d'Angleterre, un par les médecins d'Écosse et le cinquième par les médecins d'Irlande.

3° Enfin, tout en se gardant de porter atteinte aux privilèges des Universités, cet amendement décide qu'à l'avenir, aucune corporation ne pourra délivrer *à elle seule* les grades autorisant l'exercice de la médecine ; elle devra pour cela s'adjoindre une ou plusieurs autres corporations ; si elle ne pouvait arriver dans ce but à une entente avec d'autres corporations, elle serait autorisée à conférer les grades d'une façon indépendante, mais avec le concours d'examinateurs pris hors de son sein et choisis à cet effet par le Conseil Général Médical ou le Conseil privé.

Il nous reste à parler des hôpitaux de Londres : nous le ferons très sommairement, mais comme ces hôpitaux sont, pour la plupart, des écoles de médecine, nous donnerons entre parenthèses, après le nom de chaque hôpital, l'indication des principaux médecins, chirurgiens ou accoucheurs qui y dirigent des services et y distribuent l'enseignement clinique ; nous ferons de même pour quelques hôpitaux spéciaux, non pourvus d'écoles, mais auxquels sont attachés des médecins jouissant d'une grande notoriété scientifique.

L'hôpital St-Barthélemy (MM. Klein, Andrew, Gee, Legg, Savory, Dyce Duckworth, Lauder Brunton, Matthews-Duncan, etc.) contient 759 lits, dont 75 pour les convalescents. Salles de médecine, de chirurgie, de maladies des yeux, de maladies des femmes, de syphilis. Les enfants sont reçus dans les salles de médecine et de chirurgie. Les musées d'anatomie, de matière médicale et de botanique, ainsi que la bibliothèque de l'hôpital sont ouverts aux élèves tous les jours. — L'hôpital de Charing-Cross (MM. Pollock, Willcoks, Murray, Abercrombie, Barwell, Green, etc.) renferme 180 lits, dont un certain nombre est affecté aux maladies des femmes et des enfants ; il possède un musée et une bibliothèque. — L'hôpital St-Georges (MM. Turner, Dickinson, Barnes, etc.) contient 351 lits, dont 205 de chirurgie et 146 de médecine ; salles spéciales d'ophthalmologie et de gynécologie ; les enfants sont admis dans les salles de femmes. Bibliothèque et musée.

L'hôpital de Guy (MM. S. Wilks, Pavy, Bryant, sir William Gull, Moxon, Pye-Smith, Galabin, Goodhart, etc.) contient 695 lits, dont 50 sont affectés aux maladies oculaires et 26 aux femmes en couches ; les enfants sont reçus dans les salles de femmes. La bibliothèque est ouverte aux élèves ; l'hôpital possède en outre des musées d'anatomie humaine, d'anatomie comparée (plus de 2000 pièces), d'anatomie pathologique (plus de 5000 pièces) et de matière médicale. — L'hôpital de King's College (MM. Burney Yeo, Gerald Yeo, Beale, G. Johnson, Playfair, David Ferrier, sir Joseph Lister, etc.) contient environ 170 lits ; il possède une bibliothèque et des musées d'anatomie, de matière médicale et d'histoire naturelle.

Le London Hospital (MM. Sutton, Treves, sir A. Clark, Fenwick, Hutchings-Jackson, etc.), le plus vaste des hôpitaux du Royaume-Uni, contient 800 lits, qui se répartissent de la façon suivante : accidents et chirurgie, 334 ; médecine, 30[illegible] ; maladies des femmes, 76 ; enfants au-dessous de 7 ans, 68 ; maladies des yeux, 12 ; salles extérieures, [illegible]. Musées d'anatomie, d'anatomie pathologique, de matière médicale et bibliothèque. — L'hôpital de Ste-Mary (MM. Owen, Morris, Philips, Broadbent, etc.) contient 180 lits dont 130 pour la médecine et 150 pour la chirurgie ; il y a une salle pour les maladies des femmes, et quelques lits pour les maladies d'yeux et les maladies des enfants. Bibliothèque ; musées d'anatomie normale et pathologique, de matière médicale, d'anatomie comparée et d'histologie.

L'hôpital de Middlesex (MM. Coupland, Cayley, Edis, Douglas-Powell, etc.) contient plus de 300 lits, dont 185 de chirurgie, 120 de médecine, une salle de 33 lits pour les cancéreux, des salles pour les affections utérines, les maladies des yeux et la syphilis. Bibliothèque et musée (5000 pièces).

L'hôpital Saint-Thomas (MM. Payne, Sharkey, Bristowe, Ord, sir William Marc-Cormac, Rayner, Hadden, etc.) renferme 572 lits, dont 180 de médecine et 230 de chirurgie ; salles spéciales pour les maladies des femmes, les affections oculaires, la syphilis, les maladies des enfants au-dessous de six ans ; bâtiment isolé pour les maladies infectieuses. Les élèves ont accès à la bibliothèque, aux musées d'anatomie humaine et comparée de matière médicale, de chimie et de minéralogie, ainsi qu'aux laboratoires de physiologie et de chimie pratiques. — L'hôpital de l'université contient 2[illegible] lits, avec salles spéciales pour les maladies des femmes, des enfants, des yeux et de la peau ; à ce dernier département se rattache un service de bains médicamenteux. Bibliothèque générale et médicale, musées d'anatomie, d'anatomie pathologique, d'anatomie comparée, de matière médicale, de chimie, de géologie, de physique et d'hygiène (Parkes museum) ; laboratoires de chimie, de physiologie, de zoologie et d'hygiène. — L'hôpital Westminster contient plus de 200 lits, services spéciaux pour les maladies des yeux, des oreilles, de la peau, des dents, de la gorge ; salles de gynécologie, d'orthopédie ; bibliothèque ; musées d'anatomie, belles préparations histologiques, d'anatomie pathologique et de matière médicale. — Parmi les autres hôpitaux de Londres, il faut encore citer le Great Northern Hospital (MM. Legros-Clerk, Cholmeley, Harcourt-Barnes, etc.), l'hôpital maritime de Greenwich, le West London Hospital, qui contient 100 lits ; le City of London Hospital, réservé aux affections pulmonaires ; l'hôpital des phthisiques de Brompton (MM. C. J. B. Williams, Walshe, S. Quain, Pollock, C. T. Williams, D. Powell, etc.) ; l'hôpital des Enfants malades et les hôpitaux de Belgrave, Evelina, Victoria, tous trois consacrés aux enfants, ainsi que l'East-London Hospital ; le Royal Infirmary et le Samaritan hospital, pour les femmes et les petits enfants ; l'hôpital de Chelsea, pour les femmes ; l'Hôpital des femmes ; le British Lying-in Hospital (maternité) ; le Queen Charlotte's Lying-in Hospital (maternité) ; le City of London Lying-in Hospital, (maternité) ; le London Fever Hospital, pour les fièvres ; l'hôpital royal ophthalmique de Londres ; l'hôpital royal orthopédique de Westminster ; l'hôpital National pour les épileptiques et les paralytiques (MM. Reynolds, Radcliffe, Hughlings-Jakson, Buzzard, Charlton Bastian, Gowers et Ferrier) ; l'hôpital central des maladies de la gorge et des oreilles, l'hôpital dentaire de Leicester-Square, et enfin l'hôpital français de Londres.

B. Allemagne.

L'empire d'Allemagne comprend vingt Universités pourvues de Facultés de médecine et délivrant des diplômes médicaux : ce sont les universités de Berlin, Bonn, Breslau, Erlangen, Freiburg in Brisgau, Giessen, Gottingen, Greifswald, Halle, Heidelberg, Iéna, Kiel, Königsberg, Leipzig, Marburg, Munich, Rostock, Strasbourg, Tubingen et Würzburg.

Nul ne peut exercer légalement la médecine sur le territoire de l'empire, s'il n'a passé l'examen d'État. On n'est pas médecin (*Arzt*) si l'on n'a pas subi l'examen d'État, fût-on docteur de l'une des Universités ; d'autre part, le titre de *Arzt* ne confère pas celui de docteur. Le médecin qui n'a pas subi l'examen d'État ne peut remplir aucune fonction ; il n'est pas reconnu et ne peut pas même exiger le paiement de ses services professionnels. Le praticien, qui n'est ni docteur ni *Arzt*, exerce à ses risques et périls, aucune loi ne lui interdit d'exercer ; mais, en cas d'accident, il encourt non seulement une amende, mais un emprisonnement dont la durée peut varier de six mois à dix ans. La plupart des étudiants passent l'examen universitaire et l'examen d'État.

Les Universités allemandes comprennent trois ordres de professeurs : les professeurs, les professeurs extraordinaires et les *privat-docents*. Les professeurs sont nommés à vie ; leurs appointements sont fixes, mais ils peuvent être plus ou moins élevés suivant la réputation du professeur ; — les professeurs extraordinaires sont choisis ordinairement parmi les *privat-docents* ; leurs appointements sont variables, car ils sont formés en grande partie des rétributions payées par les élèves : — le nombre des *privat-docents* est illimité ; c'est une situation accessible à tous les docteurs en médecine, et d'autant plus rémunératrice que le *privat-docents* a plus de succès, puisque les rétributions des élèves volontaires constituent son seul salaire ; en aucun cas, ces rétributions ne peuvent être inférieures à celles qui sont payées pour les cours du professeur ordinaire. L'institution du *privat-docents* assure suffisamment la liberté de l'enseignement médical, pour que l'État puisse, sans grande intolérance, interdire l'ouverture de toute école libre de médecine. Voir *Progr. méd.*, n° 43, 1888.

La durée des études médicales en Allemagne ne peut en aucun cas être inférieure à neuf semestres. L'examen d'État peut être subi soit à Berlin, soit dans l'une quelconque des Universités. Avant de s'y présenter le candidat doit produire : 1° un certificat constatant qu'il a suivi le cours d'études complet d'un gymnase ; 2° un certificat constatant qu'il a suivi le cours complet des études médicales dans une Université ; 3° un certificat constatant qu'il a subi avec succès l'examen de sciences naturelles dans une Université allemande ; 4° la preuve qu'il a, pendant deux semestres au moins, suivi d'une façon effective une clinique médicale et une clinique chirurgicale, et qu'il a assisté au moins à quatre accouchements séparés ; 5° un certificat émanant d'un vaccinateur public, et attestant qu'il a acquis une dextérité suffisante dans l'art de vacciner. L'examen est divisé en sept parties ; il y a été ajouté récemment une épreuve d'hygiène et de matière médicale ; il a toujours lieu en allemand.

Nos lecteurs se rendront mieux compte de l'organisation des facultés allemandes par la description que nous donnons ci-dessous de la faculté de médecine de MUNICH (1509 étud. en 1888), d'après les renseignements qui nous ont été jadis fournis obligeamment par le doyen, M. le professeur VOIT.

I. Institut anatomique. — Deux professeurs ordinaires d'anatomie, l'un pour l'*anatomie descriptive et topographique*, l'autre pour l'*histologie et l'embryologie*. Chaque professeur est secondé par deux assistants. Les quatre assistants réunis touchent 5.700 marks. La somme totale du budget pour l'Institut est de 10.157 marks, [illegible] insuffisante [illegible] de l'augmenter de 4.000 marks.

II. Institut physiologique. — Ce bâtiment est destiné aux recherches physiologiques ; il contient une grande collection d'instruments et appareils affectés à ce genre de travaux. Le rapport de Würtz au gouvernement français en donne la description. Le professeur a deux assistants avec des traitements de 1.050 à 1.200 marks. Le budget s'élève à 8.430 marks. On donne dans l'institut un cours de *physiologie expérimentale,* et une fois par semaine un cours de deux heures sur un chapitre de *physiologie* avec *expériences.* Le laboratoire est ouvert trois fois par semaine à deux heures différentes, dans l'après-midi, aux élèves qui veulent s'exercer; les élèves plus avancés font en outre des *recherches spéciales.*

III. Institut pathologique. — Le directeur de l'institut pathologique, ouvert en 1875, est professeur ordinaire de pathologie générale et d'anatomie pathologique, il est de plus prosecteur de l'hôpital de la ville pour les services ordinaires et les cliniques que cet hôpital contient. Le budget de l'institut est d'environ 9.000 marks; au printemps de 1884, on y a fondé un *laboratoire bactériologique* avez dix tables de travail; la dépense a atteint 6.000 marks environ; le budget de l'institut en a été grevé à un tel point, qu'il a fallu proposer une augmentation de 5.000 marks par an. Deux assistants, avec des traitements de 1.300 marks chaque, sont attachés à l'institut pour *l'anatomie pathologique.* Il y a un assistant de *chimie pathologique,* qui est en même temps professeur de physiologie à l'école vétérinaire. Les procès verbaux d'autopsie sont faits par deux ou trois assistants sans traitement, choisis parmi les vieux étudiants, ils remplissent ces fonctions pendant trois à six mois. Les autopsies s'élèvent à 6.700 par an ; l'institut reçoit à peu près le même nombre de pièces, tumeurs, etc., des divers hospices de la ville, des cliniques chirurgicales, des médecins, de l'abattoir de la ville. Presque 1/3 (200 par an) des cadavres est utilisé pour les cours d'autopsies, 50-60 pour les examens. Tout le matériel anatomo-pathologique, provenant des autopsies et du dehors, est employé pour les cours de *démonstration* et les *exercices histologiques.* Le professeur d'anatomie pathologique fait lui-même actuellement, en présence des cliniciens et de leurs élèves les autopsies dites cliniques (cas présentés dans les cliniques), ainsi que les autopsies de cas intéressants; il dirige les cours d'autopsie et les cours pratiques de microscopie. Les autres autopsies sont faites par les assistants sous la direction du médecin en chef de l'hôpital. Les autopsies privées de malades de la ville sont faites dans les salles d'autopsies des cimetières. On ne fait pas d'autopsies dans la petite morgue de l'hôpital, on n'y place que provisoirement les cadavres qui sont plus tard autopsiés à l'institut pathologique.

IV. Clinique chirurgicale. — Elle est installée dans l'hôpital général. Le professeur de clinique chirurgicale est en même temps médecin en chef des salles de chirurgie et a un assistant pour la clinique, et deux assistants pour les autres salles. Chacun des trois assistants a un co-assistant choisi parmi les étudiants. L'assistant de la clinique reçoit environ 1.100 marks de l'université et le logement. Les deux assistants des salles non cliniques ont chacun 800 marks et le logement. Les trois co-assistants ne sont pas payés. Le professeur de clinique donne aussi des cours théoriques de chirurgie, des cours de chirurgie opératoire et des cours d'opération. Les cadavres reçus à l'anatomie pendant le semestre d'été lui sont destinés. La clinique chirurgicale a deux petits budgets par an, un de 2.000 marks pour achat d'instruments et appareils, pour payer les porteurs de malades (infirmiers?) et pour la confection de liquides conservateurs et injections désinfectantes. Le second budget de 1.029 marks est destiné à faire entrer à l'hôpital des malades pauvres, intéressants et opérables. L'amphithéâtre de clinique et la salle d'opération étant devenus trop petites, la commune aidée de l'État va, pour une somme de 100.000 marks environ, construire un institut chirurgical (2/5 payés par la commune, et 3/5 par l'État, environ). La chose a été acceptée des deux parts. Un autre inconvénient consiste en ce que le petit budget de 1.029 marks ne suffit que pour 15 à 20 malades; ces derniers reviennent très cher, à 2 1/2 marks par jour. Or, il vient chaque année 80 à 100 malades opérables, qui n'ont avec eux d'autre bagage qu'un certificat constatant que ni eux ni la commune ne peuvent payer. Si le professeur ne veut pas renvoyer sans les opérer ces malheureux, qui souvent n'ont amassé l'argent de leur voyage qu'en mendiant, il lui faut ou bien payer de sa poche, ou quémander à son tour auprès des gens riches. Cet abus aura disparu sous peu.

V. Clinique ophthalmologique de l'Université. — Dirigée par un professeur ordinaire ayant sous ses ordres trois assistants et un étudiant comme co-assistant. Les quatre assistants touchent ensemble 3.600 marks. Le budget de l'institut monte à environ 8.000 marks; il est suffisant. Le déficit assez considérable est couvert par les honoraires payés par les malades soignés à la clinique. Les installations sont calculées en vue de 45 lits de malades. Le soin des malades et leur subsistance est du ressort du comité général de l'Union des femmes bavaroises.

VI. Cliniques médicales. — Elles se trouvent à l'hôpital général de la ville et dans l'institut clinique bâti à côté. Il y a deux cliniques médicales avec deux professeurs ordinaires et deux médecins assistants cliniques et *une clinique médicale propédeutique.* Tous les professeurs extraordinaires et les privat-docents de la clinique médicale font leurs cours et leçons dans l'institut clinique qui subvient à l'éclairage, au chauffage, au service, etc. L'institut clinique a un médecin assistant et deux médecins adjoints, un économe et deux domestiques. Le budget est de 14.000 marks environ. Il n'y a pas de lits de malades à l'institut clinique, mais seulement des installations pour l'enseignement et pour les travaux scientifiques. Les malades sont dans un bâtiment annexe. Il y a encore à l'institut une *policlinique* (2.500 malades environ par an), dirigée chaque semestre par quatre médecins adjoints. Dans les services il y a 11 médecins adjoints toucandidats de l'examen professionnel.

VII. Clinique gynécologique. Elle a un budget de 51.000 marks sans compter le traitement du directeur. Elle se compose : 1) d'une section *obstétricale* avec 36 lits et 3 accouchements par jour. Les accouchées restent une semaine au moins. Tous les accouchements se font en présence d'étudiants. Six d'entre eux demeurent à tour de rôle à l'institut. Du 1er août au 1er décembre se fait un cours pour sages-femmes (75 élèves). Ces dernières quittent l'établissement une fois l'examen passé. Vingt-quatre d'entre elles demeurent en général à la clinique. 2) d'une section *gynécologique* avec 18 lits; 250 entrées par an. En général 10 à 12 lits sont occupés. 3) d'une section *privée* avec 30 lits recevant des femmes en général payantes, qui désirent accoucher dans la clinique ; on y a annexé des cas de gynécologie provenant de la clientèle privée du directeur. Le prix pour ces dernières est de 6 marks par jour.

Personnel médical. 1) le Directeur, 2) 1 assistant (médecin) dirigeant la policlinique obstétricale dans laquelle travaillent chaque semestre environ quinze étudiants. 3) le second assistant (médecin) soigne les malades de la section gynécologique, ceux de la clinique gynécologique et les cas de la policlinique, 3-400 par an seulement, car la policlinique est à peine fondée. 4) le troisième assistant (médecin) dirige la section obstétricale. 5) un assistant faisant des préparations microscopiques et tenant en état les collections anatomiques. 6) Trois médecins internes demeurant à la clinique dans le but de se perfectionner dans la gynécologie. Chacun d'eux a une chambre à part et paie 20 marks pour son inscription et 30 marks par mois pour le logement, le chauffage et l'éclairage. 7) Chaque assistant a un co-assistant, candidat en médecine. Ces candidats suivent les cours et les leçons gratuitement et le premier d'entre eux a 16-17 marks par mois. En résumé, pendant le semestre, il y a onze médecins occupés à soigner les malades et à donner des cours aux élèves.

Personnel extra-médical. 1) l'Économe. 2) la sage-femme en chef. 3) deux sages-femmes en second. 4) trois infirmières. 5) deux filles de salles et deux laveuses. 6) un domestique. 7) un machiniste. — Le directeur donne : 1) un *cours théorique d'obstétrique et de gynécologie.* 2) Un *cours de gynécologie et obstétrique opératoire.* 3) *exercices de toucher* deux fois par semaine. 4) la *clinique obstétrico-gynécologique,* six fois par semaine. Le premier assistant est aussi privat docent et donne les cours de *gynécologie et obstétrique* théoriques et le *cours des sages-femmes*; il est aide des deux autres assistants médecins. Le traitement des assistants médecins varie entre 1.200 et 1.750 marks. L'économe a 3.000 marks.

VIII. Institut d'hygiène. — Dirigé par un professeur ordinaire aidé de deux assistants, un économe, deux domestiques. Les deux assistants ont 1.800 et 1.200 marks, l'économe 1.200 marks, le logement, les deux domestiques 1.200 et 1.020 marks. L'institut peut disposer d'une somme de 6.000 marks pour dépenses courantes. Le directeur donne dans l'institut des cours d'hygiène et dirige dans le laboratoire les travaux spéciaux des élèves avancés. Un assistant qui est *privat docent* en un même temps donne un cours *pratique d'hygiène* destiné aux futurs fonctionnaires médicaux qui veulent faire leur examen de Kreisphysicus. L'assistant fait en outre des *démonstrations d'hygiène* et fait des *excursions* avec les élèves. Un autre assistant, aussi privat docent, donne depuis quelque temps des cours de *bactériologie.* Il y a aussi à l'institut, mais dépendant du ministère de l'intérieur, un laboratoire où l'on examine les *aliments* ; le directeur est le directeur de l'institut d'hygiène. Les recherches sont faites par deux assistants spéciaux et un volontaire; on s'occupe en premier lieu des recherches ordonnées par les autorités, en second lieu des recherches pour *les particuliers.* Le ministère a fixé les taxes à percevoir pour ces travaux. Une description de l'institut avec dessins et plans, a été publiée par le directeur actuel qui a préside à sa construction et l'a inauguré en 1879. (*Das hygienische*

Institut der Kgl. b. Ludwigs Maximilians Universität München, Brunswick, 1882. Depuis la publication de la brochure on a installé un *laboratoire bactériologique* spécial pour lequel on a fait une dépense extraordinaire de 2.500 marks (1).

IX. Clinique psychiatrique. — L'hospice d'aliénés pour la haute Bavière qui se trouve à Munich, sert à la clinique et contient 550 malades. Le directeur est en même temps professeur ordinaire. En dehors de lui, il y a encore cinq médecins (un médecin en chef et quatre médecins assistants). Deux fois par semaine il y a des *démonstrations cliniques* durant deux heures. Les dépenses se montent en chiffres ronds à 420.000 marks. L'université fournit un appoint de 500 marks pour les dépenses plus spécialement cliniques.

X. La policlinique. — Elle a été fondée en 1843 à l'université, puis transportée en 1863 dans un bâtiment construit ad hoc, dans le voisinage de l'institut médical. Elle se divise en policliniqus *médicale, obstétricale, chirurgicale et gynécologique.* La policlinique médicale est dirigée par un professeur ordinaire, la policlinique obstétricale aussi, les trois autres par des professeurs extraordinaires: chacune d'elles a pour assistant un médecin praticien la policlinique chirurgicale en a trois. Chaque policlinique a deux candidats en médecine arrivés au terme de leurs études, comme co-assistants. Ces derniers ont comme rénumération en tout une somme de 4.005 marks, provenant de la somme laissée par l'ex-professeur Dr Reisinger, en vue de la fondation d'un institut pour le perfectionnement pratique des étudiants en médecine. Si l'on additionne tous les frais, la somme sus-indiquée comprise, on arrive à 13.335 marks 31 Pf. Outre les policliniques, on comprend dans cette somme les frais pour des cours tenus soit dans le local, soit dans d'autres instituts. Ce sont des cours de *physiologie physique médicale, histologie pathologique, pharmacologie, électrothérapie, laryngoscopie, ophthalmotopie et diagnostic physique.* Chaque année 20.000 malades environ sont soignés à l'institut, soit en consultation, soit au local, de dix heures du matin à sept heures du soir, soit, quand ils sont plus gravement atteints, gratis à domicile. On distribue aussi gratuitement des médicaments (les candidats, sous la direction du professeur de pharmacie, les prescrivent dans un cours spécial) ou des bandages. L'institut s'agrandit par la construction de deux grandes salles annexes et d'un second étage; il contient aussi deux chambres de malades pour l'observation de cas intéressants, et pour soins consécutifs donnés aux opérés; il y a aussi un laboratoire de *recherches chimiques* et une *bibliothèque* à l'usage des étudiants de la faculté de médecine.

XI. Institut pharmaceutique. — Destiné à l'instruction des nombreux élèves en pharmacie qui étudient à l'université; les étudiants ou médecins qui se destinent à la carrière de médecins légistes officiels (Amtsarzt) y apprennent à surveiller les pharmacies, ce qui sera plus tard de leur ressort. Ils peuvent s'y exercer, dans le laboratoire de l'institut, aux recherches chimiques de médecine légale. Le budget annuel de l'institut est de 914 marks, non compris le chauffage et l'éclairage qui sont à la charge de l'université. L'assistant de l'institut reçoit une rémunération annuelle de 1.000 marks. Le directeur de l'institut pharmaceutique a en outre installé dans le *Reisingerianum* une petite pharmacie avec une collection pharmacologique, pour donner aux étudiants qui se destinent à la pratique médicale à la campagne, l'occasion de s'exercer dans la distribution des médicaments qu'ils apprennent en même temps à connaître.

Parmi les professeurs ordinaires de la Faculté, nous citerons : Rüdinger (anat.); Seitz (policlinique); von Pettenkofer (hygiène); Nussbaum (chirurgie); von Voit (physiologie); von Ziemssen (médecine); Winckel (acc. et gyn.); Grashey (psychiatrie); Bollinger (anatomie pathologique); — parmi les professeurs extraordinaires : Ranke (policlinique infantile); Martin (médecine légale); Œrtel (laryngologie). Tappeiner (chimie médicale); — parmi les privat-docent : H. Buchner et Emmerich (bactériologie); Hœssl n (anatomie); Gessler (médecine); Oeller (ophtalm.).

L'Université de Berlin (1159 étudiants pendant le semestre d'été 1888), est l'une des plus importantes de l'empire d'Allemagne; elle compte parmi ses professeurs : von Bergmann et Bardeleben (cliniques chirurgicales), Gerhardt et Leyden (cliniques médicales), Waldeyer (anatomie), Virchow (anatomie pathologique), Dubois-Reymond (physiologie), Olshausen et Gusserow (obstétrique et gynécologie), Hirsch (pathologie et thérap.), Liebreich (matière médicale), Westphal (psychiatrie), Koch (bactériologie), Schweigger (ophthalmologie), Rose (chirurgie). Parmi les professeurs extraordinaires on trouve les noms de Senator (policl. méd.), Henoch (mal. des enfants), Gurlt, Küster, Sonnenburg, Julius Wolff (chirurgie), Lewin, Schweninger (Dermatologie), Schœler et Hirschberg (ophthalmologie), Bernhardt, Ewald, Fasbender, Christiani, Mendel, Fraentzel, Busch, Frœnkel (policlinique. laryngologique), Falk (histoire de la médecine). Parmi les privat-docent nous trouvons les noms de A. Fränkel, Brieger, Kristeller, Tobold, Eulenburg, Guttmann, Zülzer, Gueterbock, Perl, Landau, Martin, Litten, Remak, L. Lewin, Rabl-Rükhard, Behrend, Fehleisen, Hans Virchow, Wyder, Baginsky, Gluck, Ehrlich, Leo. L'Université possède un magnifique Institut pathologique, dû à l'initiative de Virchow et situé dans les terrains qui dépendent de l'hôpital de la Charité; un laboratoire bactériologique a été ajouté à l'institut pathologique. Il existe en outre divers établissements d'enseignement pratique; un institut anatomique, physiologique, des laboratoires de chimie, de physique, tous beaux bâtiments de construction récente. Nous citerons aussi le laboratoire d'hygiène dirigé par Koch où sont donnés les cours de microbiologie. Les élèves peuvent y travailler de 8 heures du matin à 3 heures de l'après-midi.

(1) Voir *Progrès Médical : Institut d'hygiène à Munich*, par Chantemesse, p. 794, nº 40, 4 octobre 1884.

Il y deux ans que l'école dentaire a été ouverte à Berlin. On y donne un enseignement théorique et pratique : 1° chirurgie générale par Busch; 2° Maladies des dents et de la bouche, par le même; 3° Théorie de l'obturation dentaire, par Paetsch; 4° Histologie normale et pathologique des dents, par Miller; 5° Introduction théorique sur la prothèse dentaire, par Sauer; 6° Policlinique des maladies des dents et de la cavité buccale, etc.

L'Université de Bonn (311 étudiants) (1), possède des cliniques de médecine, de chirurgie, d'obstétrique et d'ophthalmologie; elle compte parmi ses professeurs : Veit (obstétrique et gynécologie), Binz (matière médicale), Leydig (anatomie comparée), Pflüger (physiologie), Kekulé (chimie), de la Valette St-George (anat.). Saemisch (ophthalmologie), Trendelenburg (chirurgie). N'oublions pas parmi les professeurs extraordinaires, Doutrelepont (dermatologie et maladies syphilitiques). De nouveaux édifices magnifiques ont été construits par l'architecte Waldhausen.

L'Université de Breslau (397), a des instituts anatomique, physiologique, pathologique et pharmaceutique, et des cliniques médicale (Biermer), chirurgicale (Fischer), obstétricale (Fritsch), opthalmologique (Magnus), syphilitique (Neisser). Ponfick est le directeur de l'institut d'anat, path.; Heidenhain, dirige l'institut de physiologie; Voltolini enseigne l'otologie, la laryngologie et la rhinoscopie; Flugge (bactériologie); Hasse (anatomie); Richter (chirurgie); Auerbach (histol.). Sur le terrain du soi-disant Maxgarten qui a été acheté par l'État pour construire des cliniques pour la faculté de médecine de Breslau, on commence déjà à bâtir une nouvelle clinique de gynécologie. L'architecte est celui qui a bâti les cliniques de Bonn. Le jardin nommé Maxgarten est destiné peu à peu à toutes les cliniques de l'université de Breslau, excepté la clinique psychiatrique qui restera réunie à l'hôpital « *Allerheiligen hospital.* » Le non-restreint est rigoureusement appliqué dans l'asile d'aliénés (100) comme, du reste, dans presque toute l'Allemagne. Les élèves de la clinique d'accouchement sont appelés à tour de rôle.

L'Université d'Erlangen (219) possède un hôpital pourvu de cliniques médicale, chirurgicale, obstétricale, psychiâtrique et ophthalmologique (Heineke, Zweifel, Hagen, Sattler); elle possède également des instituts d'anatomie (v. Gerlach), de physiologie (Rosenthal) et de pathologie (Zenker). Nous citerons encore les noms de Filehne (matière médicale), de Fleischer (laryngologie) et de F. Penzoldt (policlinique). Les infirmières sont des diaconesses. Chaque clinique possède des pavillons isolés; la clinique médicale en possède deux pour la variole, scarlatine et diphtérie,

L'Université de Freiburg (in Brisgau) (474) dispose d'un laboratoire de chimie et d'instituts pour l'étude pratique de l'anatomie (Wiedersheim), de la pathologie (R. Maier), de la physiologie (v. Kries etc.); elle est pourvue de cliniques de médecine (Bäumler), de chirurgie (Kraske), d'accouchements (Hegar) et d'ophthalmologie (Manz). Hildebrand est chargé de la botanique, Baumann de la chimie physiologique et Thomas, de la clinique des enfants. Nous citerons encore les noms de Emminghaus (psych.), Schinzinger et Middeldorpf (chirurgie).

L'Université de Giessen (159) est pourvue d'un hôpital académique avec cliniques médicale, chirurgicale et ophthalmologique, d'une maternité, d'un laboratoire de chimie, et d'instituts de physiologie et de

(1) Les chiffres entre parenthèses placés à la suite des noms des facultés ci-dessous indiquent le nombre des elèves pendant le semestre d'été de 1887. En 1886-87 il y a eu en Allemagne 1224 étudiants en médecine reçus docteurs, tandis qu'en 1882-83 on n'en comptait que 556. Pendant le dernier semestre d'été (1888), on comptait dans les 20 Universités allemandes, 9 046 étudiants en médecine. Voici des chiffres sur le nombre total des Etudiants allemands en 1888 : Berlin, 4 291; Bonn, 1.292; Breslau, 1.392; Halle, 1 524; Gœttingen, 986 en 1887, 1.017; Kiel, 537; Kœnigsberg, 886, Marburg, 922, etc. En comparant les divers Numéros des Etudiants du *Progrès*, on se rendra facilement compte de l'accroissement énorme de la *population universitaire* en Allemagne pendant ces dernières années : En 1860, 6.175 étudiants; en 1886-87, 13.571 : c'est à partir de 1873 que l'augmentation est devenue si notable.

pathologie. La bibliothèque de l'Université renferme cent quarante mille volumes. On remarque parmi ses professeurs : Bose (chirurgie); Eckhard (physiologie) et Boström (anatomie pathologique).

L'Université de GÖTTINGEN (204) possède des instituts pour l'enseignement de la physiologie animale et végétale et la pathologie, un hôpital (l'hôpital Ernest-August), une maternité, un asile d'aliénés avec clinique psychiatrique, un laboratoire de chimie et un institut vétérinaire. L'anatomie est enseignée par Merkel, la physiologie par Meissner, la médecine par Ebstein, la chirurgie par Konig, l'anatomie pathologique par Orth.

L'Université de GREIFSWALD (457) dispose d'un hôpital qui comprend des cliniques de médecine, de chirurgie, d'obstétrique et d'ophthalmologie. Parmi ses professeurs se trouvent : J. Budge (anatomie); Mosler (pathologie et thérapeutique) ; Arndt, professeur extraordinaire (psychologie et maladies nerveuses) ; Grawitz, directeur de l'Institut pathologique.

L'Université de HALLE (316) possède une bibliothèque de cent mille volumes, un laboratoire de chimie, un jardin botanique, un musée de zoologie, un amphithéâtre d'anatomie, un musée zootomique, une maternité, un hôpital de médecine et de chirurgie, et des laboratoires de physiologie, de pathologie et de pharmacie. Dans la liste de ses professeurs, on remarque les noms de Volkmann (chirurgie) ; de Bernstein (physiologie) ; de A. Græfe (ophthalmologie) ; de Hitzig (médecine psychologique); de C. Eberth (histol.) et Welker (anat.); Kaltenbach (accouchements) ; de Harnack professeur extraordinaire (chir. et hyg.). Il existe à Halle une école dentaire annexée à l'Université. La durée des études y est de deux ans.

L'Université de HEIDELBERG (265) dispose d'un hôpital renfermant des cliniques de médecine, de chirurgie et d'ophthalmologie ; elle a un institut pour l'enseignement des maladies des oreilles, une maternité, des instituts d'anatomie, de pathologie, de physiologie et de zoologie, deux laboratoires de chimie et un jardin botanique. Elle compte parmi ses professeurs : Gegenbaur (anatomie humaine et embryologie), Kühne (physiologie et histologie), Arnold (anatomie pathologie), Czerny (clinique chirurgicale), Erb (clinique médicale), professeur extraordinaire (pathologie nerveuse), etc.

L'Université d'IÉNA (201) trouve son enseignement clinique dans l'hôpital grand-ducal ; elle possède en outre une maternité, un asile d'aliénés, des laboratoires et des musées d'anatomie, de zoologie, de physiologie, de pathologie, de chimie, etc. Schultze y enseigne l'obstétrique, Biedermann la physiologie, J. Rossbach la médecine clinique, W. Müller l'anatomie pathologique, C. Bardeleben, professeur extraordinaire, l'anatomie, Ried la chirurgie.

L'Université de KIEL (227) est pourvue d'un hôpital de médecine et de chirurgie, d'une maternité et de divers musées et laboratoires ; elle compte parmi ses professeurs : Hensen (physiologie), Quincke (médecine), Heller (anatomie pathologique), Esmarch (chirurgie), Flemming (anatomie), Werth (acc. et gyn.), Petersen, professeur extraordinaire (chirurgie).

L'Université de KONIGSBERG (251) est pourvue d'instituts anatomique, pathologique et physiologique, de cliniques de médecine, de chirurgie, d'accouchements et d'ophthalmologie, de laboratoires de chimie et de pharmacie, etc. Lichtheim y enseigne la médecine; Jacobson l'ophthalmologie ; Stieda l'anatomie; Neumann l'anatomie pathologique; Samuel, professeur extraordinaire, l'histoire de la médecine, Hermann, la physiologie, Mickliez, la chirurgie.

L'Université de LEIPZIG (612) possède des laboratoires de chimie, de physico-chimie et de chimie pathologique, un institut zoologique avec Leuckhardt pour directeur ; un institut d'anatomie dirigé par His, et un institut de physiologie (directeur : Ludwig), diverses cliniques, etc. Les principaux professeurs de cette Université sont Credé (accouchements), Flechsig (psychiatrie), Ludwig (physiologie), Birch-Hirschfeld (anatomie pathologique) ; His (anatomie) ; Thiersch (chirurgie), Cossius (ophthalmologie), J. Carus (zoologie) ; Wenzel, professeur extraordinaire (histologie), et Leuckhardt (zoologie). Les femmes ne sont admises en Allemagne ni aux cours ni aux examens; toutefois de 1871 à 1880 quelques-unes avaient été admises par l'Université de Leipzig ; le gouvernement saxon a depuis interdit leur admission.

L'Université de MARBURG (247) est pourvue d'un hôpital et de divers laboratoires pour l'instruction pratique. Roser y enseigne la chirurgie, N. Lieberkühn, l'anatomie, Cramer, la psychologie, Marchand, l'anatomie pathologique et Wigand, la botanique.

L'Université de ROSTOCK (92) une des moins considérables de l'Empire, compte parmi ses professeurs Th. Thierfelder (médecine et thérapeutique), Schatz (accouchements), Brunn (anatomie), A. Thierfelder (anatomie pathologique), Madelung (chirurgie).

L'Université de STRASBOURG (222) possède des instituts pour l'enseignement pratique de l'anatomie, de la physiologie expérimentale, de la chimie physiologique, de la pathologie et de la pharmacologie, ainsi que des cliniques de médecine, de chirurgie, d'accouchements, de maladies mentales, d'ophthalmologie, de maladies syphilitiques et cutanées (1) ; au nombre de ses professeurs nous voyons figurer : Schwalbe (anatomie humaine et embryologie) ; Laqueur (ophthalmologie) ; Schmiedeberg (pharmacologie) ; Goltz (physiologie) ; Hoppe-Seyler (chimie physiologique et pathologique); von Recklinghausen (anatomie, histologie et physiologie pathologiques) ; Kussmaul (clinique médicale); Freund et Aubenas (obstétrique et gynécologie) ; L. Jössel (anatomie) ; Wieger (maladies cutanées et syphilitiques) ; Strohl; ces quatre derniers anciens professeurs de la Faculté française; O. Schmidt (anatomie comparée); Lucke (chirurgie) ; Naunyn (méd.) Ewald (phys.). M. E Bœckel est chirurgien de l'hôpital civil.

L'Université de TÜBINGEN (242) a sous sa dépendance un hôpital et divers établissements d'enseignement pratique. P. Bruns y enseigne la chirurgie; von Liebermeister, la médecine et la matière médicale; Henke, l'anatomie; von Jürgensen, les maladies des enfants; Grützner, physiologie; Ziegler, l'anatomie pathologique.

L'Université de WURZBURG (784), compte parmi ses professeurs Leube qui est devenu directeur de la clinique de médecine, comme successeur du professeur Gerhardt, nommé à Berlin, Fick (physiologie), Rindfleisch (anatomie pathologique), Rossbach (matière médicale), Trœltsch (maladies des oreilles), Kœlliker (anatomie humaine, comparée et topographique); Schonborn (clinique chirurgicale); J. Sachs (botanique), à la Faculté des sciences.

Nous rappelons à nos lecteurs que M. le Dr R. Blanchard a publié ici même une série de lettres très remarquables sur les Universités en Allemagne (2). Nos lecteurs y trouveront de plus amples renseignements sur l'organisation intérieure des facultés, les bâtiments universitaires, leur budget, les mœurs des étudiants, etc.

Nous ne pouvons nous étendre longuement sur l'enseignement médical en Allemagne. Nous portons du reste, dans le cours de l'année à la connaissance de nos lecteurs tous les changements qui se produisent dans le personnel enseignant ou dans l'organisation des facultés de médecine de l'Allemagne. (3)

Nous ferons toutefois observer que dans presque tous les hôpitaux dépendant des facultés de médecine le personnel est entièrement laïque; chaque professeur de clinique est directeur de son service, et par conséquent de l'hopital; quand une clinique occupe à elle seule tout un groupe isolé de bâtiments, il est secondé par un économe.

Notre ami et correspondant Dr Ed... nous a envoyé les renseignements suivants sur les médecins praticiens allemands :

Les examens terminés, la plupart des médecins vont pour quelque temps dans une grande université pour y trouver l'occasion de se perfectionner dans les spécialités otologie, laryngoscopie, pédiatrie, etc. Quoique toutes ces spécialités soient l'objet d'un enseignement théorique et pratique dans presque toutes les petites facultés, le matériel y est ordinairement insuffisant pour y acquérir l'expérience nécessaire. Beaucoup de jeunes médecins se rendent dans les grandes maternités, comme par exemple à Dresde, où ils sont logés et où ils trouvent l'occasion d'assister à un grand nombre d'accouchements normaux et pathologiques. Pendant son temps d'études l'étudiant n'assiste guère qu'à 15 ou 20 accouchements, tandis que dans les grandes universités il peut en voir 30, 40 et davantage, s'il suit avec assiduité la policlinique. Les deux universités où se rendent le plus grand nombre des jeunes médecins sont Vienne et Berlin pour l'enseignement pratique ; la répartition excellente du materiel clinique et pathologique y permet de beaucoup voir et de beaucoup pratiquer. Ceux qui ont plus de temps et d'argent à dépenser se rendent, leurs études terminées, dans un institut petit ou grand pour y faire des recherches scientifiques sous la direction d'un professeur en renom. Ces premiers travaux sont utilisés généralement par la thèse. Nombre de ces thèses paraissent dans des revues connues et en forment un chapitre intéressant. Le sujet et la direction de ce premier travail décident souvent de la carrière de l'auteur. — D'autres, soit après leur examen, soit seulement après leur thèse deviennent assistants dans un institut ou dans une clinique universitaire ou non. Leur traitement s'élève dans les universités

(1) Cette clinique comporte 112 lits, 38 pour les hommes, 72 pour les femmes. Il y a 12 lits par chambre, plus 2 chambres particulières pour les malades que l'on veut isoler. Le sous-sol est occupé par les bains et douches, qui sont séparés pour les deux sexes Au rez-de-chaussée se trouve la salle de cours où se trouvent les collections, planches, etc., à coté le cabinet du professeur, un petit laboratoire pour les travaux chimiques et la bibliothèque qui sert en même temps de salle de microscopie, et 2 salles de malades au 1er étage, 4 salles de malades et les deux chambres particulières. Au 2e, 4 salles sont réservées aux syphilitiques et vénériennes femmes ; cet étage est mansardé Le bâtiment contient en outre deux petites cuisines, deux chambres de sœurs et deux chambres d'infirmieres. Le bâtiment est chauffé par des calorifères à air chaud et chaque salle est munie d'une cheminée d'aération permettant d'actionner le passage de l'air à l'aide de feux de cheminée.

(2) Ces lettres ont été réunies en un volume de 268 pages, dont le prix est de 4 francs. — Pour nos abonnés, 2 fr. 75.

(3) Nous avons déjà à plusieurs reprises signalé l'organisation des cours de vacances soit pour les élèves, soit pour les médecins praticiens. Le journal a à plusieurs reprises publié le programme de quelques-uns de ces cours. Cet exemple mériterait d'être suivi en France. Voir aussi les articles nécrologiques que nous consacrons aux professeurs allemands.

de 800 à 1500 marks (1), avec ou sans logement, quelquefois avec la pension, le chauffage et l'éclairage. Les premier et second assistants peuvent être assimilés aux chefs de clinique en France, avec les fonctions d'internes en plus. Le premier assistant a, outre la charge des malades confiés à ses soins (20 à 30), malades souvent choisis dans d'autres salles en vue de l'enseignement, à donner des cours de diagnostic et de percussion. Il est fréquemment Privat-Docent et supplée le professeur en cas d'absence; son initiative varie selon l'importance de la clinique et les chefs de service. Le professeur s'efforce de faire publier le plus grand nombre de travaux par ses assistants; sa propre réputation et son avancement en subissent souvent l'influence. Dans les hôpitaux communaux, ces assistants reçoivent de 800 à 1.000 marks avec l'entretien complet. La place d'assistant de ces hôpitaux peut être comparé à celle d'interne en France, avec cette différence que le premier est mieux rétribué. Une circulaire ministérielle a, il y a trois ans, vivement recommandé à tous les hôpitaux de la Prusse, la création de places pour les médecins qui désirent se perfectionner.

Les médecins praticiens ont encore à leur disposition, une fois établis, les sociétés médicales, dont l'organisation se rapproche sensiblement de celle des sociétés françaises. A Francfort sur le Mein ils ont à leur disposition un institut d'anatomie avec amphithéâtres et collections, un jardin botanique, une bibliothèque, dûs à la générosité de Senkenberg; il existe en outre dans cette ville une association dont le but est de faire donner chaque année des conférences sur des questions médicales importantes. — L'existence des bibliothèques médicales circulantes explique le petit nombre d'abonnés que possèdent la plupart des revues allemandes.

Les journaux les plus lus sont: la *Berliner klinische Wochenschrift*, la *Deutsche medicinal Zeitung*, les *Therapeutische Monatshelfte*, et les divers *Centralblatt*. Le prix élevé des *Archiv fur Chirurgie, Gynaekologie, Innere Medicin*, etc. fait que ces dernières sont bien moins répandues, quoique le nombre de leurs lecteurs soit assez considérable. Parmi les journaux français, nous citerons le *Progrès médical* dont le nombre des lecteurs augmente chez nous chaque année. Les deux journaux anglais les plus appréciés en Allemagne sont: le *Lancet* et le *Britisch medical Journal*. Nous signalerons encore les revues annuelles (*Années médicales*) sur les progrès de la médecine.

Les médecins militaires, déclarés aptes au service, passent une année sous les drapeaux; et presqu'à chaque promotion à un grade plus élevé, ils sont tenus de faire un nouveau service de six semaines. Depuis trois ans ce service est remplacé par une série de cours de vacances de six semaines à l'université; pendant ce temps ils reçoivent la solde attachée à leur grade.

On peut dire avec raison qu'en Allemagne celui qui veut étudier trouve facilement l'occasion de le faire; les noms que nous avons cités sont une garantie de la valeur des études médicales. L'Etat de son côté contribue à l'amélioration des instituts de médecine, cliniques, etc., pour qu'ils puissent répondre aux exigences contemporaines. L'enseignement pratique tend de plus en plus à se substituer à l'enseignement théorique. Les branches spéciales sont enseignées dans les grandes universités.

Les cours pour les médecins praticiens n'avaient lieu jusqu'à ces dernières années dans les villes universitaires que pendant les vacances. Dorénavant ils ont lieu à Berlin durant tout le cours de l'année; leur durée sera d'un mois. Les cours suivants sont donnés en ce moment: Maladies nerveuses (Eulenburg), otologie (Hartmann et Jacobson), maladies des enfants (Klein), dermatologie (Lassar), médecine (Litten), laryngologie (Lublinsky).

Dans la plupart des Universités, on a actuellement institué des cours de vacances pour les médecins praticiens; ces cours sont bien suivis dans les grandes Universités (Berlin, par ex.); on fait aussi des cours pendant les semestres d'hiver et d'été qui sont uniquement destinés aux médecins-praticiens; ce qui donne à ces cours un caractère distinctif, c'est qu'on y a la facilité d'étudier toutes sortes de spécialités, l'ophthalmologie, la neuropathologie, le traitement des maladies des oreilles, du nez, du pharynx et du larynx, l'électrothérapie, la dermatologie, etc. Ces cours donnent aux jeunes membres du corps enseignant l'occasion d'apprendre à enseigner, ainsi que des bénéfices pécuniaires d'une certaine importance.

Le développement scientifique médical de l'Allemagne est dû en grande partie aux Congrès nombreux qui se transportent de ville en ville. Le Congrès des naturalistes et médecins allemands, qui chaque année siège pendant 8 jours, est le plus important d'entre eux et attire un nombre très considérable de membres. Les séances générales se succèdent et on travaille encore dans les sections: ces dernières cependant ne suffisent pas encore à leur tâche, qui est de permettre aux membres de s'occuper en commun de sujets qui sont plus particulièrement de leur ressort (2).

Il s'est en conséquence fondé des assemblées particulières avec des lieux de réunion spéciaux. Chaque année les neurologistes et psychiâtres viennent à Baden-Baden, les médecins proprement dits à Wiesbaden, les ophthalmologistes à Heidelberg, etc., entendre des conférences et débattre des questions mises à l'ordre du jour à la session précédente. Les anatomistes ont ainsi décidé, il y a quelques années, de fonder une réunion de ce genre. Récemment, les chirurgiens de Berlin ont fondé une réunion analogue; les membres se réunissent une fois par an.

Ces Congrès « *voyageurs* » (Wanderversammlungen) ont une excellente influence sur le perfectionnement scientifique du praticien, au même titre que les Sociétés médicales, qui sont fort nombreuses aussi. Il n'y a pas en Allemagne *un* centre unique d'études médicales, comme Paris l'est pour la France. Les médecins allemands tiennent avec le plus grand soin à conserver les centres *nombreux* d'activité scientifique: le praticien surtout en tire le plus grand profit, car il y a ainsi partout des localités où une activité scientifique très manifeste l'attire et le stimule. Partout, les professeurs des Universités sont les présidents de ces assemblées et occupent le premier rang.

Les questions d'ordre non exclusivement scientifique, de déontologie et de législation médicale, ne sont pas discutées dans ces assemblées. Elles sont du ressort du « *Deutscher Aerztetag* »; cette assemblée est formée par la réunion des délégués des sociétés médicales. Cette assemblée se réunit une fois par an, pour fort peu de temps, et prend rapidement ses décisions, car le travail préparatoire a été fait en général très exactement: elle n'a qu'une influence morale sur la législation de l'empire.

C. Autriche-Hongrie.

Les Universités de l'Empire Austro-Hongrois, qui possèdent des Facultés de médecine et délivrent des diplômes médicaux, sont les suivantes: Vienne (Basse-Autriche), Prague (Bohême), Gratz (Styrie), Innsbrück (Tyrol), Cracovie (Galicie), Buda-Pesth (Hongrie), Klausenburg (Hongrie).

Toutes ces Universités relèvent du Gouvernement et le diplôme de docteur en médecine qu'elles délivrent donne le droit d'exercer dans tout l'Empire. La durée des études exigées pour le doctorat, est de cinq années; les candidats ont à subir trois examens, qui, sauf une dispense spéciale et rarement accordée, doivent être passés tous dans la même Université. Le premier examen comprend: la physique, la chimie, l'anatomie et la physiologie; l'examen est théorique sur ces quatre sujets et pratique sur deux d'entre eux, l'anatomie et la physiologie. Le deuxième examen roule sur la pathologie et la thérapeutique générales, l'anatomie pathologique et l'histologie, la pharmacologie, la pathologie et la thérapeutique médicales; il y a une épreuve pratique d'anatomie pathologique et une épreuve de clinique médicale. Le troisième examen comprend: la chirurgie, l'ophthalmologie, les accouchements et la médecine légale; l'épreuve clinique porte sur la chirurgie, l'ophthalmologie et les accouchements. Les examens sont publics, et ont tous lieu en présence d'un commissaire du Gouvernement: pour le second et le troisième, un examinateur désigné par le Gouvernement, un soi disant *coexaminator*, est adjoint au jury. Les examens ont lieu en allemand, sauf à Cracovie où ils ont lieu en Polonais, à Prague (à la faculté tchèque) où ils ont lieu en Bohémien et en Hongrie où ils ont lieu en Hongrois.

L'Université de VIENNE est la plus importante de l'Empire. Elle a été fondée en 1365 et a eu, dans le dernier semestre, de 1887 5,456 étudiants (ordinaires 4,556 et 1,269 extraordinaires). La Faculté de médecine a été fréquentée dans le même semestre par 2,668 étudiants (ordinaires 2,178 et 490 extraordinaires). Parmi ses professeurs ordinaires se trouvent: Zuckerkandl et Toldt (anatomie); Von Brücke (physiologie); Von Bamberger (pathologie spéciale et clinique); Charles Braun et Breisky (accouchements et gynécologie pour les étudiants); Billroth (clinique chirurgicale); Hofmann (médecine légale); Stricker (pathologie générale et expérimentale); Meynert (psychiatrie et maladies nerveuses); Kundrat (anatomie pathologique); Vogl (pharmacologie); Nothnagel (médecine interne); Albert (chirurgie); Stellwag, Reuss, L. Mauthner, (ophthalmologie); Gustave Braun (accouchements pour les sages-femmes); Ludwig (chimie médicale); Wiederhofer (maladies des enfants). Elle compte en outre parmi ses professeurs Obersteiner (psychiatrie); Benedikt (maladies du système nerveux); Politzer, Gruber et Urbantschitsch (otologie); Drasche (épidémiologie); Lang (maladies de la peau); Exner et Fleisch (physiologie); Rosenthal (maladies du système nerveux); Von Basch (pathologie expérimentale); Nowak (hygiène); Hofmokl, Ultzmann, Böhm, Salzer et Weinlechner (tous chirurgiens); Schnitzler, Stork et Schrötter (laryngologie); Schenk (histologie et embryologie); Weichselbaum (histologie pathologique, bacteriologique), Oser (maladies de l'estomac et de l'intestin); Winternitz (hydrothérapie); Chroback (gynécologie); Kaposi (dermatologie); Neumann (syphilis); Gruber et Kratschmer (hygiène); etc.

En 1888, il y aura à la Faculté de Vienne des cours faits par 53

(1) Le marck vaut 1 fr. 25.

(2) Voir ce que nous disions des Congrès en général à propos du *Congrès français* de chirurgie, *Prog. médical*, 1886, nos 43 et 44.

professeurs et 58 privat-docents [illegible] nombre faits en plus par des assistants.

L'hôpital général (*Allgemeines [illegible]*) peut recevoir environ 3000 malades; on y trouve [illegible] enseignement clinique portant sur toutes les branches de la médecine, sauf la clinique des maladies des enfants, qui se trouve à l'hôpital Sainte-Anne.

Les cours libres sont nombreux [illegible] à Vienne; mais ils sont dispendieux; et, si l'étudiant peut y [illegible] temps d'une façon très profitable, il doit en revanche [illegible] à dépenser des sommes relativement considérables. L'[illegible] de Vienne se prête surtout a l'étude de l'anatomie [illegible] ou médico-légale; le chiffre considérable de [illegible] autopsies par jour n'est pas rare à l'hôpital général (Voir *Progrès Méd.*, numéros 43, 44, 1885).

L'Université de Buda-Pesth, fondée en [illegible] à Tyrnau, par le grand patriote Pierre Pazmany, transportée à Ofen en 1777, et enfin transférée à Pesth en 1784, comptait dans le [illegible] semestre de 1887 3,255 étudiants dont 1,095 pour la Faculté de médecine, [illegible] professeurs (70 ordinaires et 21 extraordinaires) et [illegible] bibliothèque de 70,000 volumes. Parmi les professeurs [illegible] de la Faculté de médecine nous citerons : Lenhossek (anatomie); [illegible] (médecine interne); Kovacs et Lumnitzer (chirurgie); [illegible] (anatomie pathologique); Mihalcovics (anatomie [illegible]) et histologie); Schulek ophthalmologie; [illegible] (accouchements); Ajtai médecine légale; Balogh (pharmacologie); Fodor hygiène; Jendrassik (physiologie); Schimmer (dermatologie), etc. Le nombre des professeurs à ladite Faculté est de 28; 13 professeurs ordinaires et 15 extraordinaires. (Voir *Progrès médical*, n° 42, p. 3[illegible], 1887).

La faculté de Cracovie, fondée en [illegible], possède un personnel enseignant très complet : nous citerons Adamkiewicz (pathologie); Rydygier (chirurgie); Browicz anatomie pathologique; Jakubowski (maladies des enfants). Citons encore : Teichmann (Anatomie); Madurowicz accouchements); Rydel (ophthalmologie); Korczynski (médecine interne); Blumenstok médecine légale); Cybulski (physiologie), etc.

L'Université de Gratz (371) possède les instituts d'anatomie, de physiologie, de pathologie et de zoologie ainsi que des cliniques de médecine, de chirurgie, d'ophthalmologie, d'obstétrique et de gynécologie; des laboratoires de chimie physiologique et pathologique, un laboratoire de chimie, etc. Elle trouve l'enseignement clinique dans plusieurs établissements hospitaliers, parmi lesquels il faut citer l'hôpital général (700 lits), la maternité (120 lits), l'hopital de la Ville (80 lits); l'hôpital des enfants 80 lits et deux infirmeries (245 lits). Parmi les professeurs de cette Université fondée en 1586, mentionnons : R. Von Krafft-Ebing qui enseigne la psychiatrie; Schroff, la pharmacie; Helly et P. Berner, professeur extraordinaire, les accouchements : Eppinger, l'anatomie pathologique; Rollett (physiologie); Schnabell ophthalmologie; Rembold (médecine interne); Wolfler (chirurgie); Schauenstein (médecine légale), Von Jaksch (pédiatrie); Lipp (dermatologie).

L'Université d'Innsbrück a des laboratoires, des cliniques et divers autres établissements d'enseignement pratique; elle dispose en outre d'un hôpital général de [illegible] lits et d'une maternité de 150 lits. Elle a été fondée en 1497. Parmi les professeurs à la Faculté médicale, citons : Holl (anatomie); P. [illegible] (physiologie); Klotz (maladies des femmes); P. R[illegible] (médecine interne et Nicoladoni (chirurgie), Ehrendorfer (accouchement et gynécologie), etc.

L'Université de Klausenburg a pour professeur : Belky (médecine légale); Pokai (pathologie générale), etc.

L'Université de Prague, fondée en [illegible], compte environ 2[illegible] étudiants; elle possède un amphithéâtre d'anatomie, des instituts de pathologie, de physiologie, de chimie [illegible] et de zoo-chimie, des cliniques de médecine, de chirurgie, d'ophthalmologie et de dermatologie; des cliniques obstétricales pour les médecins et pour les sages-femmes, etc.; ainsi que divers hôpitaux, parmi lesquels nous citerons : l'hôpital général ([illegible] lits) auquel se rattache l'hôpital des sœurs de Bohême (220 lits), l'hôpital François-Joseph, pour les enfants ([illegible] lits); l'hôpital général Israélite ([illegible] lits); celui des Frères de la Charité (166 lits), celui des sœurs de Sainte-Elisabeth (100 lits); l'asile public des aliénés ([illegible] lits) et la maternité qui comprend 22 lits pour les mères et 1[illegible] pour les enfants. Dans la liste des professeurs de la Faculté allemande de Prague, on trouve les noms de Hering (physiologie); Gussenbauer, Weill chirurgie; de Pribram (médecine); de Chiari anatomie pathologique; Maschka (médecine légale), Knoll pathologie générale; Sattler (ophthalmologie); maladies des enfants.

Il a été créé récemment à Prague une faculté de médecine de langue tchèque. Cette faculté a, parmi ses professeurs : Weiss, ophthalmologie; Neureuter (gynécologie), Spina et Hlava (anatomie pathologique). Tomsa (physiologie), Pawlick (accouchements et gynécologie). Janosik, Stofal anatomie; Horbaczenski chimie médicale, Jirus (pharmacologie). Eiselt médecine interne, Janowsk (maladies de la peau), etc.[1] Les correspondances de notre collaborateur Dagonet sur les Facultés de Prague (1) nous dispensent d'entrer dans de plus amples détails sur l'enseignement médical en Autriche-Hongrie.

(1) Voir pour plus de détails, *Progrès médical*, n° 34, 22 août 1885, *Cours pour les médecins praticiens.*

L'organisation des autres facultés ne diffère que par quelques détails insignifiants. L'admission des femmes dans les universités de l'Autriche, tolérée pendant quelque temps, est actuellement interdite.

Quant à l'Université d'Agram (Croatie) elle ne possède pas de Faculté médicale; elle ne possède qu'une clinique obstétricale pour les sages-femmes. Le directeur de cette clinique est : Lobmayer. En outre elle possède un cours pour les étudiants en pharmacie. L'Université d'Agram fut fondée en 1870 et est nommée : Université François-Joseph, 400-500 étudiants.

Les universités de Lemberg et de Czernowitz (Lemberg en Galicie, Czernowitz en Bukowina) ne possèdent pas de facultés médicales non plus; l'Université de Czernowitz a été fondée en 1875 (2).

D. Suisse.

Les quatre universités Suisses (Bale, Berne, Genève, Zürich) confèrent le grade de docteur en médecine, mais ce grade universitaire ne donne pas le droit de pratiquer la médecine en Suisse. La patente de médecin praticien fédéral est obtenue à la suite d'un examen d'état que font passer des commissions fédérales d'examens nommées par un comité directeur siégeant à Bâle. A côté de ce titre de médecin fédéral permettant d'exercer la médecine dans toute la Suisse et d'occuper des positions médicales officielles et d'être médecin militaire, chaque canton peut autoriser la pratique médicale sur son territoire. Quelques cantons jouissent même du libre exercice de la médecine : le grade de docteur en médecine de Genève donne le droit d'exercer la médecine dans ce canton, mais n'est pas valable pour toute la Suisse.

Les examens qui confèrent le droit d'exercer dans toute la Suisse se divisent en deux parties. Le premier (*propédeutique*) comprend des épreuves pratiques d'anatomie et d'histologie humaine, et un examen oral sur la physique, la chimie, la botanique, la zoologie et l'anatomie comparée, l'anatomie et l'histologie, la physiologie.

Le deuxième et dernier examen (*professionnel*) se divise en un examen pratique et en un examen oral. Le premier comprend : 1° L'examen de deux malades de médecine, de deux malades de chirurgie, d'un malade d'ophthalmologie et d'une malade d'accouchements. 2° Une consultation écrite sur l'un des deux cas de médecine et l'un des deux de chirurgie. 3° Une autopsie avec conclusions et préparation microscopique. 4° Deux opérations, et épreuves obstétricales sur le mannequin. 5° Examen écrit de médecine légale, de police sanitaire ou d'hygiène.

L'examen oral comprend la physiologie, la pathologie générale et l'anatomie pathologique; la pathologie spéciale et la thérapeutique, y compris les maladies des enfants et la psychiatrie; la chirurgie, l'ophthalmologie; l'obstétrique et la gynécologie; l'hygiène et la médecine légale; la matière médicale. L'organisation des facultés suisses est à peu près la même que celle des facultés allemandes.

La faculté de Bâle (104), fondée en 1460, possède un hôpital qui contient des cliniques de médecine et de chirurgie, d'accouchements, des maladies des yeux et des maladies mentales; elle possède également un hôpital d'enfants et des instituts pratiques de physiologie, de pathologie, de chimie et de botanique. Elle compte parmi ses professeurs : Socin (chirurgie), Immermann (médecine), Bischoff (obstétrique), Miescher fils (physiologie), Roth (anatomie pathologique), Wille (psychiatrie), Schiess (ophthalmologie), Kollmann (anatomie), Rutimeyer (histoire naturelle), Bung (chimie), etc. C'est la seule faculté suisse où les femmes ne soient pas admises.

La faculté de Berne (186) possède également des cliniques médicale, chirurgicale, obstétricale, ainsi que des cliniques spéciales et des laboratoires de physiologie, de pathologie et de chimie. Elle compte parmi ses professeurs : Kocher (chirurgie); Lichtheim (médecine); P. Müller (obstétrique et gynécologie); Langhans (anatomie pathologique); Vogt (hygiène); Pflüger (ophthalmologie); Emmert (médecine légale); Demme, professeur extraordinaire (maladies des enfants); Stasser (anatomie); H. Kronecker (physiologie) Nencki (chimie physiologique); Schwarzenbach y enseigne la chimie. — Nous signalerons tout spécialement la maternité de Berne construite, il y a quelques années, dans les meilleures conditions possibles. Les élèves s'y inscrivent pour y demeurer à tour de role pendant un mois, et sont appelés pour les accouchements et toutes les opérations qui s'y font. Un assistant est spécialement attaché au service des salles affectées aux femmes atteintes d'infection puerpé-

(1) Voir *Progrès médical*, 1884 : Une visite à la clinique du professeur Gussenbauer. Les facultés de médecine de Prague. La Gebaeranstalt, n°s 27, 36, 37, 38.

(2) Pour se rendre compte du rapide développement des études médicales à Vienne et en Autriche-Hongrie, comparer les renseignements fournis à ce sujet aujourd'hui avec ceux que donne le *Numéro des Etudiants* de 1885. — Nous nous sommes servi, pour maintenir cet article au courant, du *Numéro des Etudiants*, publié par le *Wiener Medic. Blatter.*

rale, s'il s'en présente. Le professeur Müller est directeur de cette maternité ; il a sous ses ordres un économe.

Pour la Faculté de Médecine de Genève et l'École de Médecine de Lausanne (Voir *Universités étrangères de langue française.*)

L'université de Zürich (204) possède un hôpital général, un hôpital d'enfants, une maternité, et des laboratoires de pathologie, de physiologie, d'anatomie, de chimie. Elle compte parmi ses professeurs : Meyer (anatomie), Frey (histologie), Klebs (anatomie pathologique), Eichhorst (clinique médicale), Haab (ophthalmologie), Krönlein (chirurgie), Frankenhæuser (obstétrique), Wyss (pédiatrie et hygiène), Forel (psychiatrie), Hans Von Wyss, privat-docent (médecine légale). Un grand laboratoire d'anatomie pathologique (bâtiment spécial, pourvu de tout le matériel nécessaire a été bâti, il y a deux ans. Tous les malades morts dans les hôpitaux et asiles cantonaux sont autopsiés. On construit en ce moment un laboratoire nouveau pour la physique et la physiologie. Les hôpitaux sont tous et entièrement laïques et dirigés par des médecins. L'hôpital cantonal possède des pavillons d'isolement pour les maladies contagieuses (variole, fièvre typhoïde, etc.). Les élèves de la clinique d'accouchements sont appelés à tour de rôle, par le concierge pour aller assister aux accouchements.

Il existe dans le canton de Zürich deux asiles d'aliénés ; Burghögli pour les curables (350 lits) dont le médecin directeur est M. Forel, professeur de psychiatrie, et Rheinau pour les incurables 650 lits). Des chambres mortuaires existent à l'institut d'anatomie pathologique, à l'institut d'anatomie, à l'asile de Burghogli et en ville.

La méthode antiseptique est naturellement employée à la clinique chirurgicale. M. Kronlein qui avait abandonné le Spray, l'a repris à cause des affections septicémiques causées par les étudiants ; avant chaque opération il fait désinfecter la salle ; il emploie de préférence la gaze iodoformée et la gaze salicylique pour les pansements ; pour les opérations faites dans la cavité abdominale il use d'une solution de sublimé (1/1000) qui est aussi employée à la clinique d'accouchements. Les assistants de l'hôpital cantonal donnent de petits cours pour les infirmiers et les infirmières. (1)

E. Hollande.

La médecine est enseignée en Hollande aux trois Universités de l'État : celles de Groningue, de Leyde, d'Utrecht et à l'Université communale d'Amsterdam. Cette dernière a succédé à l'ancien Athénée, école supérieure, qui a existé presque deux siècles et demi, quoiqu'elle ne possédât pas le *jus promovendi.* Elle a déjà surpassé l'Université de Leyde au point de vue du nombre d'étudiants. Il n'y a plus d'école médico-militaire spéciale. Ceux qui aspirent à une place d'officier de santé (*Officier van gezondheid*, titre réservé au corps de santé militaire) dans l'armée de terre, de mer ou des colonies, peuvent étudier dans n'importe quelle Université. Dans chacune des quatre villes se trouvent un hôpital académique et des laboratoires de physique, chimie, zoologie, botanique, anatomie, physiologie, anatomie pathologique et pharmacie ; à Amsterdam, il y a en plus des laboratoires de pathologie expérimentale et d'hygiène. Ce qui distingue en outre la Faculté de médecine d'Amsterdam de celle des autre Universites néerlandaises, c'est qu'elle possède des chaires de dermato-syphilopathie (*prof. Van Harem Noman*) et d'otologie (*prof. Guye*). Les hôpitaux académiques sont tous et entièrement *laïques*. Il y a quatre classes de professeurs en Hollande : le professeur ordinaire et le professeur extraordinaire (professeurs titulaires ou *professor*), le *lector* et le *privaat-docent.* Les professeurs ordinaires peuvent enseigner plusieurs matières ; il ne leur est pas permis de se livrer à la pratique, excepté à la *pratique consultative.* Les droits à payer pour l'enseignement s'élèvent à deux cents florins par an. Celui qui pendant quatre ans a paye ces droits est pour le reste de ses études libre de toute contribution. Les étudiants obtiennent exclusivement le *droit de pratique* après avoir reçu le titre d'*arts* (c. a d. medecin, chirurgien et accoucheur) titre accorde après un examen pratique par une commission, nommee annuellement par le roi. C'est également ce titre qui est nécessaire pour être nommé officier de santé. Après leur nomination, les jeunes officiers de santé sont placés pendant quelques mois à certains hôpitaux militaires, armée de terre à Utrecht (ci-devant Amsterdam), armée de mer au Helder, pour apprendre le service militaire. Le titre d'*arts* (créé par la loi de 1865 qui a mis fin à l'ancien régime) étant le seul nécessaire pour avoir le *droit de pratique*, beaucoup d'étudiants n'aspirent plus au titre de docteur en médecine, devenu exclusivement titre scientifique, qui ne donne nul droit. De l'ancien regime resulte une multiplicite tres grande de titres et de grades auxquels la loi a réserve les droits acquis. Les voici : docteurs en médecine, en chirurgie et en obstetrique (*medicinæ, chirurgiæ, et artis obstetricæ doctores*), tous trois distincts ; le médecin-chirurgien-accoucheur, *genees-heel-en verloskundige* : l'officier de sante (de l'ancien regime) ; le simple accoucheur, *verloskundige* ; tous ces titres et grades donnaient lieu jadis à des etudes et à des examens differents. — On est admis étudiant en medecine après avoir parcouru avec succes les six classes d'une ecole latine, *gymnasium*, le latin, le grec, le hollandais, le français, l'allemand, l'anglais, histoire, géographie, sciences mathematiques, un peu d'histoire naturelle, de physique et de chimie) : ou apres un examen équivalent à celui qu'on exige des élèves de la sixieme classe du *gymnasium* ; ou bien apres avoir parcouru une ecole moyenne supérieure, apres avoir parcouru seulement quatre classes de l'école latine ; ou enfin apres l'*Examen litteraire-mathématique* (le hollandais, le français, l'allemand, sciences mathematiques). Les étudiants, qui ont suivi la première ou la deuxieme voie seulement, peuvent aspirer plus tard au titre de docteur en medecine. Depuis des années, tout le monde demande une simplification dans les conditions d'admission à l'Universite, mais il est a craindre qu'elle ne se fasse attendre encore longtemps. Selon la loi, le grade de docteur en médecine peut être demandé seul, tandis que ceux de docteur en chirurgie ou en obstetrique ne peuvent être accordés qu'aux candidats munis du premier. Cependant, parce que le diplome d'*arts* suffit pour exercer la chirurgie et l'obstétrique, les deux derniers doctorats ne sont presque jamais demandés. Les femmes sont admises a l'Universite et peuvent y obtenir tous les grades ; toutefois parmi les etudiants il y en a très-peu. A l'Universite, l'étudiant, qui veut aspirer au grade de docteur en medecine, passe les examens suivants : 1° *propédeutique* (botanique, zoologie, anatomie comparée, physique, chimie, minéralogie, après deux ans) ; 2° examen pour le grade de *medicinæ candidatus* (anatomie, physiologie, histologie, pharmacologie, pathologie générale, apres deux ans) ; 3° examen pour le grade de *medicinæ doctorandus* (pathologie interne, théorique et pratique, chirurgie, théorique, l'art des accouchements théorique, anatomie pathologique théorique et pratique, pharmaco-dynamie, hygiène apres deux ans. Les autres étudiants passent des examens analogues, mais qui ne donnent pas droit aux grades de *medicinæ candidatus* et *medicinæ doctorandus.* Ordinairement, l'étudiant réussit à obtenir le diplôme d'*arts* un an après le troisième des examens cités. Presque exclusivement les candidats subissent l'examen pratique d'*arts* en deux parties. Pour la première partie (médecine et pharmacie), il faut un stage de deux ans à quelque clinique chirurgicale ; en outre le candidat doit avoir assisté à dix accouchements normaux et à deux accouchements artificiels. Après une thèse de doctorat, la Faculté accorde le titre de docteur en médecine a ceux de la première catégorie d'étudiants qui ont passé les trois examens mentionnés plus haut. Presque tous soutiennent leur thèse après avoir obtenu le diplôme d'*arts*, quoiqu'on ait le droit d'être reçu docteur avant. Les dentistes et les sages-femmes obtiennent après un examen special le droit, les premiers d'exercer la pratique de la medecine et la chirurgie de la bouche ; les dernieres de surveiller les accouchements et d'assister aux cas normaux ; (il ne leur est pas permis d'employer des instruments, excepté la seringue pour les lavements et la sonde).

F. Danemark.

Le Danemark ne possede qu'une Faculté de médecine, celle de l'Universite de Copenhague. L'enseignement y est donne par douze professeurs titulaires, membres de la Faculté. Les douze chaires régulières comprennent : 1° l'anatomie et l'histologie ; 2° la physiologie ; 3° la pharmacologie ; 4° l'anatomie pathologique et la pathologie generale ; 5° la pathologie interne ; 6° la pathologie chirurgicale ; 7° l'opthalmologie ; 8° la chirurgie opératoire ; 9° l'accouchement et les maladies des enfants ; 10° la clinique medicale ; 11° la clinique chirurgicale ; 12° la medecine légale et l'hygiène. Il existe en outre un enseignement supplementaire regulier pour les maladies de la peau et la syphilis, ainsi que pour les maladies nerveuses et mentales. Les deux medecins en chef de l'hopital municipal sont chargés de ces cours et sont retribués par l'Universite.

Un assez grand nombre de *Docents privés*, actuellement au nombre d'environ vingt-cinq, donnent des leçons et font des cours à la Faculte tant pratiques que theoriques dans toutes les specialites, par exemple : l'histoire de la médecine, l'histologie, la microscopie clinique, la gynecologie, la laryngologie, l'otologie, etc., etc., mais ces cours ne font pas partie de l'enseignement regulier institue par la Faculte. Toutes les leçons, les cours et les exercices pratiques sont indistinctements gratuits.

La Faculte de medecine est installee dans un batiment particulier, ou se trouvent les amphitheatres, les collections et les laboratoires. L'installation laisse beaucoup à desirer. Seuls, les laboratoires de physiologie et de bacteriologie medicales récemment installes sont tres bien amenagés. Les salles de dissection sont etroites et mal eclairees, les laboratoires des professeurs sont satisfaisants, mais ils manquent presque complètement pour les assistants. On s'occupe toutefois en ce moment de faire des projets pour construire de nouveaux laboratoires et un nouveau *Grand*

(1) Nous sommes redevables à l'obligeance de M. Forel de la plupart des renseignements que nous publions sur la faculté de Zürich.

hôpital clinique. Lorsque ces projets auront reçu leur exécution, c'est à dire dans trois ou quatre ans, la Faculté de Copenhague possédera pour les études médicales un outillage des plus beaux et des plus complets. Mais si les laboratoires sont pauvres et défectueux, les collections sont au contraire assez nombreuses. La Faculté possède un Musée d'anatomie normale et d'anthropologie, un Musée d'anatomie pathologique; des collections d'instruments de chirurgie; des spécimens pharmacologiques, etc.

Le nombre des étudiants en médecine a été dans ces dernières années de 300 à 400. Le chiffre exact n'en peut être donné, les inscriptions n'existant pas à la Faculté de médecine. L'étude y est absolument libre et l'étudiant peut à son gré suivre les cours. On peut se présenter à l'examen, ayant fait ses études dans une autre Université. Seulement, pour être admis aux examens, il faut être muni d'un certificat d'étudiant inscrit à l'Université de Copenhague et avoir subi l'examen dit de philosophie, qui comprend la psychologie et la logique et qui est obligatoire pour tous les étudiants qui désirent se présenter aux examens des Facultés. Les femmes sont aussi admises aux examens de médecine. Jusqu'ici, cinq seulement les ont subis et exercent la médecine.

Les examens sont au nombre de trois: le premier, examen préparatoire, comprend la zoologie, la botanique, la physique, la chimie théorique et pratique. Ces matières sont enseignées par des professeurs étrangers à la Faculté de médecine qui font passer cet examen, assistés toutefois des professeurs de la Faculté qui n'interrogent pas. Les étudiants se présentent à l'examen préparatoire un an et demie ou deux ans après leur inscription à l'Université. — Le deuxième examen comprend: l'anatomie et la dissection anatomique, la physiologie et la pharmacologie avec la thérapeutique générale. On subit cet examen trois ou quatre ans après avoir passé l'examen préparatoire. Si les étudiants sont libres de choisir le moment pour se présenter aux deux premiers examens, l'espace entre le deuxième et le troisième ne doit pas excéder un an. L'examen final comprend: l'anatomie pathologique et la pathologie générale; la médecine interne, la chirurgie, les opérations chirurgicales, les accouchements, la clinique médicale et la clinique chirurgicale. En outre, les candidats doivent faire trois compositions écrites sur des sujets choisis sur la médecine interne, la chirurgie et la médecine légale. Le temps de l'examen oral est fixé à trois quarts d'heure ou une heure; on accorde six heures pour chaque composition écrite. Pour être admis à l'examen final, il faut remettre un certificat de présence aux cours de clinique, de médecine interne, de chirurgie, d'ophtalmologie et des maladies de la peau. Tous les examens ont lieu deux fois par an. Aux deux derniers, l'examen oral est fait par les professeurs de la Faculté. A côté d'eux, existe un *Collège de censeurs* nommés par le ministre de l'instruction publique et choisis parmi les médecins les plus distingués de Copenhague. Deux membres de ce collège assistent chaque examinateur et forment avec le professeur le jury qui donne les points.

Quand l'étudiant a passé l'examen final, il est « *candidat en médecine* ». Il ne lui reste plus, pour avoir le plein droit d'exercer, qu'à faire un stage de six semaines à la *Maternité* en qualité d'interne. Mais avant de s'établir définitivement comme médecins, une grande partie des étudiants qui, pendant leurs études ont rempli les fonctions d'externes ou d'internes dans les grands hôpitaux, restent encore attachés comme internes de ces établissements pendant deux ou trois ans. On n'est pas reçu interne au concours, mais par élection.

Les hôpitaux où se fait principalement l'enseignement clinique sont l'hôpital Frédéric (400 lits), qui dépend du ministère de l'Instruction publique, et l'hôpital municipal (*Kommune hospitale*). Le premier a quatre services, deux de médecine et de chirurgie, dirigés par les professeurs de la Faculté. L'hôpital municipal situé dans un lieu très sain date de 1863 et est bien aménagé. Il comprend six services composés chacun d'un médecin ou chirurgien, externes, d'internes et d'internes fixes ou ordinaires. Les médecins sont nommés par l'Administration de la ville et quoique n'étant pas professeurs de la Faculté ils sont obligés de donner l'enseignement clinique en général. La hiérarchie est observée: un externe peut devenir interne fixe, puis interne, puis médecin adjoint, puis médecin en chef. Les externes constituent la majorité des étudiants. Les médecins en chef de l'hôpital Frédéric sont, en leur qualité de professeurs de la Faculté, nommés quoique leur appointement doive être renouvelé tous les six ans; les médecins de l'hôpital communal sont également nommés pour six ans, mais eux aussi conservent ordinairement leurs places pendant douze, dix-huit et même vingt-quatre ans. Les médecins en chef de l'hôpital des Enfants-Malades et de l'hôpital des Incurables font aussi des cours cliniques. En outre, les internes des grands hôpitaux sont tenus d'aller tour à tour comme internes dans les asiles d'aliénés de Copenhague (800 lits) ou de l'État.

Contrairement à ce qui a lieu dans la plupart les pays, peu de médecins sont docteurs en Danemark. Le titre de *kandidat* obtenu après les examens réglementaires donnant le droit d'exercer, et même d'aspirer à tous les emplois médicaux. Le doctorat est un luxe scientifique indispensable seulement pour professer à la Faculté en qualité de *Docent-privé*. Pour être reçu docteur, il faut avoir obtenu le *premier caractère* à l'examen de *kandidat*, et présenter une thèse, soumise d'abord à la censure de la Faculté et que l'on défend ensuite publiquement contre deux professeurs et même contre les auditeurs. Cette thèse peut être comparée à la thèse française d'agrégation.

A la rigueur, un professeur de la Faculté peut être nommé par une simple ordonnance royale, mais, depuis longtemps, les chaires à peu d'exceptions, sont données au concours. Tous les médecins danois, docteurs ou kandidats peuvent se présenter au concours. Ne sont cependant admis que ceux qui ont été reconnus dignes par le ministère de l'instruction publique, sur la proposition de la Faculté. Le jury du concours est composé du doyen, de quatre autres professeurs de la Faculté et de trois membres élus par la Société de médecine de Copenhague, mais non forcément pris parmi les membres de la Société.

Actuellement, le corps enseignant est composé ainsi: *Anatomie*, Chievitz; — *Physiologie*, Borh; — *Pharmacologie*, Warncke; — *Anatomie pathologique* et *Pathologie générale*, Lange; — *Clinique médicale*, With; — *Pathologie interne*, Reisz; — *Pathologie chirurgicale*, Saxtorph; — *Chirurgie opératoire*, Plum; — *Clinique chirurgicale*, Bloch; — *Accouchements*, Stadfelt; — *Ophtalmologie*, Grut; — *Médecine légale* et *Hygiène*, Gaedeken. — MM. Haslund et Pontopidaw, médecins en chef à l'Hôpital municipal, font les cours supplémentaires de *dermatologie* et de *psychiatrie*; M. Salomons dirige le laboratoire bactériologique de la Faculté.

Il existe aussi à Copenhague une Policlinique publique fondée il y a 4 ou 5 ans par de jeunes médecins fort distingués. La Policlinique est soutenue par la bienfaisance privée; les malades y sont soignés gratuitement. Les médecins de la Policlinique, quoique ne recevant pas de traitement, donnent régulièrement des cours cliniques et d'exercices pratiques dans leur spécialité.

Il y a un cercle des étudiants à Copenhague, il possède une belle maison fort bien installée (salles de réunion, salles à manger, salle des fêtes, salles de lecture, bibliothèque, etc.).

G. Suède.

Il y a en Suède trois Écoles de médecine; deux Facultés relèvent des Universités d'Upsal (1477) et de Lund (1668), et l'Institut médico-chirurgical de Stockholm (Karolinska Institutet). Ces trois écoles possèdent des musées d'anatomie normale et pathologique, des collections de produits chimiques et de préparations pharmaceutiques, d'instruments de chirurgie et d'obstétrique, des laboratoires de physiologie et de pathologie, etc. Pour être admis à la Faculté de médecine, l'élu doit passer devant la Faculté de philosophie le « Medico-filosofe Examen. » Les femmes sont admises à l'Université.

Ces trois écoles donnent les diplômes de candidat (*kandidat*) et de licencié (*licentiale*) en médecine, les deux Facultés seules délivrent le diplôme de docteur.

Ces trois écoles donnent les diplômes de candidat en médecine (*medicine kandidat*), de licencié en médecine (*medicine licentiat*), mais les deux Facultés délivrent le seul diplôme de docteur, encore bien que la thèse puisse être soutenue à l'Institut de Stockholm. La délivrance du parchemin est donc seule demeurée aux Facultés.

Le grade de *kandidat* n'est qu'un degré; il ne donne pas le droit d'exercice; mais les étudiants pourvus de ce titre, pourraient être accidentellement désignés pour occuper pendant quelque temps, et à titre provisoire, un emploi dans l'armée, ou dans la marine, et aux colonies, en cas de guerre par exemple. Le diplôme de licencié comporte le droit de pratique dans le sens le plus complet du mot.

Le diplôme de docteur est réservé pour obtenir le titre de professeur, titulaire, adjoint, ou *privat-docent*, de même que pour les hautes fonctions médicales, le conseil de santé, etc. L'enseignement de la médecine est entièrement gratuit; la loi n'a établi ni de distinction de sexe, ni de limites d'âge.

Les études complètes ne demandent pas moins de huit à neuf années. L'examen de *kandidat* comprend l'anatomie, la physiologie, la chimie médicale, la pathologie générale, l'histoire de la médecine; mais avant de passer l'examen public devant les professeurs réunis, l'élève passe un examen particulier avec chacun des professeurs. En cas de refus, il peut, il est vrai, demander l'examen public, mais cela est fort rare. D'autre part, il n'y a point de temps fixé pour les études, l'élève peut se présenter aux examens dès qu'il se croit prêt, à toutes les époques de l'année hors le temps des vacances. Reçu *kandidat*, l'élève ne va pas à l'hôpital auparavant, il doit passer six mois dans chacune des cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale des Facultés, cliniques dites préparatoires, huit mois dans les cliniques médicale et chirurgicale de Stockholm, quatre mois dans le service d'accouchements et dans l'hôpital de

enfants, deux dans la clinique syphilitique, deux dans une clinique de maladies mentales. Il peut alors se présenter aux examens particuliers de *licentiat*, puis aux examens publics, et il est reçu s'il a obtenu la mention *approbatur*, pour chaque matière, mention la plus faible des examens.

Pour être reçu docteur, il soutient une thèse, devant tous les professeurs titulaires de l'école. Le jury désigne un opposant qui argumente en son nom, et le postulant également. Toute personne présente d'ailleurs, peut faire des objections au candidat. Il y a en quelque sorte deux épreuves. L'une consiste dans la composition et la rédaction de la thèse, l'autre dans la manière dont elle a été soutenue et pour obtenir le diplôme de docteur, la mention *approbatur* est indispensable pour ces deux épreuves.

Le mode de nomination des professeurs consiste dans la soutenance d'une thèse sur un sujet de la matière de la chaire, et en deux conférences, l'une sur un sujet qu'il a étudié antérieurement, l'autre sur un sujet choisi par lui, sur une liste arrêtée par l'école huit jours auparavant. Tous les professeurs titulaires votent au scrutin secret, et les candidats sont présentés au chancelier par ordre de mérite.

H. Norvège.

Il n'y a en Norvège qu'une seule école de médecine ; elle dépend de l'Université de Christiania. L'enseignement théorique est donné à l'Université ; l'enseignement clinique est donné à l'hôpital général e à la Maternité à laquelle est annexé un hôpital d'enfants Deux asiles d'aliénés servent à l'enseignement de la psychiâtrie ; les maladies chroniques sont traitées et étudiées à l'hôpital de la Ville. Il y a des travaux pratiques de chimie, de botanique et d'anatomie. Avant son immatriculation, l'étudiant doit subir deux examens préliminaires. Trois examens professionnels sont nécessares à l'obtention de la licence ou permis d'exercer. Les candidats au titre de docteur doivent, une fois en possession de la licence, subir un quatrième examen, et présenter et soutenir une thèse.

I. Finlande.

La Finlande a une université ; fondée en 1640 à Abt, où elle était placée jusqu'à 1827, elle fut, à cette époque transportée, par suite d'un incendie, à Helsingfors, capitale du pays. Les professeurs font leurs cours en suédois ; quelques-uns cependant en finnois.

A présent les étudiants inscrits à l'université sont au nombre de 1,790, dont 112 étudiants en médecine. Pour être admis à la faculté de médecine, l'étudiant doit passer d'abord devant la faculté des sciences l'examen de candidat en philosophie (filosofie-kandidat-examen), comprenant deux épreuves par écrit, l'une traduction en langue étrangère (l'allemand, le français, l'anglais ou le latin), l'autre une composition dans la langue maternelle sur un sujet donné par la faculté ; de plus un examen oral Celui-ci comprend la chimie, la physique, la botanique, la zoologie et une branche de la faculté des lettres. Pour chaque matière il y a les trois mentions : « approbatur, cum laude approbatur, laudatur » et on n'est reçu qu'à la condition d'avoir obtenu pour deux de ces matières la mention laudatur ou bien pour une : laudatur et pour deux : « cum laude approbatur ». Avant de passer l'examen public devant les professeurs réunis et être déclaré candidat en philosophie, l'élève doit subir un examen particulier devant chacun des professeurs. Le temps nécessaire à un étudiant pour se préparer à cet examen est de 2 à 3 ans. Admis maintenant à la faculté de médecine, il s'occupe des travaux pratiques d'anatomie et de travaux semblables au laboratoire de physiologie. Au bout de deux ans environ, il se présente à l'examen de candidat en médecine (medicine-kandidat-examen) qui comprend d'abord une épreuve particulière et orale en anatomie, physiologie, chimie physiologique et pharmacologie, puis un examen public sur les mêmes matières. Reçu à cet examen où l'on donne des mentions pareilles à celles de l'examen de candidat en philosophie, il commence son stage dans les cliniques, à savoir : neuf mois à la clinique médicale, huit mois à celle de chirurgie, cinq mois au service d'accouchement et trois mois à chacune des cliniques syphilitique, ophthalmologique et des maladies mentales. Tout candidat doit, pendant son stage, examiner des patients et faire des observations sur leurs maladies ; de plus faire des travaux pratiques d'anatomie pathologique (autopsies et microscopie). Cela fait, il se présente enfin aux examens particuliers, puis publics de licencié (medicine-licentiat) dans les branches mentionnées de la médecine, plus la médecine légale. Ce grade donne le droit d'exercice sans restriction et la compétence d'occuper les emplois médicaux d'état.

Pour obtenir le titre de docteur, il rédige une thèse et la soutient publiquement devant la faculté, laquelle désigne un opposant qui examine la thèse et prononce un jugement là-dessus. Des objections peuvent être faites en outre par n'importe quel auditeur.

Les études complètes de médecine à l'université de Helsingfors exigent au moins un temps de huit à dix ans.

Les professeurs sont : Pippingskold (obstétrique et maladies d'enfance) ; Hallstén (Physiologie) ; Runeberg (Clinique médicale) ; Salzmann (Clinique chirurgicale) ; Asp (Anatomie) ; Homén (Anatomie pathologique et médecine légale) ; Sundvik (Chimie physiologique et pharmacologie). Les agrégés sont : MM. Schultén (Chirurgie) ; Holsti (Médecine interne) ; Wahlfors (Ophthalmologie) ; Smirnoff (Syphiliographie) Stenback (Obstétrique) ; Engstrom) Gynécologie) ; Heinricius (Obstétrique) ; Lundstrom (Syphiliographie) ; Nordman (Ophthalmologie) ; Sucksdorff (Hygiène) ; Pipping (Pathologie générale).

J. Italie.

Les Facultés de médecine italienne sont réglées par la loi du 13 novembre 1859, modifiée depuis par divers arrêtés. Elles sont au nombre de 21 : 17 royales, 4 provinciales (Camerino, Urbin, Pérouse et Ferrare) ; ces dernières sont peu fréquentées, car elles sont incomplètes. Il y a 10 Universités de premier rang qui sont : Rome, Bologne, Naples, Palerme, Gênes, Turin, Padoue, Pavie, Florence et Pise. Celles-ci sont officielles, complètes, et comptent le plus grand nombre d'étudiants. Moins importantes, mais aussi officielles, sont celles de Modène, Parme, Sassari, Cagliari, Messine, Catane et Sienne. Elles constituent les Universités de 2e rang avec les Universités provinciales.— Il y a 3 Universités royales en Sicile, 2 en Sardaigne, 7 dans les Etats de l'Eglise, 1 dans les Etats de Naples, 1 en Piémont, 1 en Vénétie. Actuellement, la durée des études est de six ans au moins ; après ce laps de temps on obtient la licence complète qui permet d'exercer sur toute l'étendue du territoire. Presque tous les cours sont obligatoires (trois seulement sont facultatifs) ; parmi les études obligatoires figurent les manipulations de physique, de chimie et de pharmacie, les exercices pratiques d'ophthalmologie et de dermatologie et la clinique des maladies mentales. M. Baccelli a rétabli, en 1882, les examens spéciaux et généraux au commencement et à la fin de chaque année scolaire ; le dernier examen est celui de doctorat.

« La nomination des professeurs ordinaires, dit M. Bizzozero (1), a lieu de différentes façons. Tout d'abord, le ministre peut nommer directement ceux qui se sont fait connaître par des travaux, des découvertes, et des cours dans les matières qu'ils doivent enseigner. Le ministre, cependant, n'use de ce pouvoir que dans des cas extrêmement rares, et la nomination a lieu le plus souvent par concours. Les règles des concours pour les chaires ont beaucoup varié sous les différents ministères. D'après le règlement en vigueur du 26 mai 1882, lorsque le concours est ouvert, le ministre nomme la commission du jury, en choisissant les membres selon les propositions faites par la Faculté où la chaire est vacante. La commission peut se composer de cinq à neuf membres, et sa majorité doit être constituée par des professeurs ordinaires enseignant la même matière que celle du concours. Un seul des membres de la commission peut être choisi parmi les membres de la Faculté qui l'a proposé. La commission, après avoir examiné les titres des concurrents (travaux publiés, cours faits, places occupées) distingue les éligibles des non-éligibles, et place les noms des premiers par ordre de mérite ; d'habitude le ministre nomme le premier de la liste. — Si la commission n'a pas trouvé quelqu'un d'éligible par titres, elle passe à l'épreuve d'examen, qui consiste : dans une controverse sur un mémoire présenté par le concurrent, dans une leçon, et dans un ou plusieurs exercices pratiques, si la nature de la matière mise en concours le permet. Dans cette dernière forme de concours, le premier proposé par la commission est également choisi d'habitude par le ministre, mais il est simplement nommé professeur extraordinaire. Ces règles, pour la nomination des professeurs, ont donné en général de bons résultats en Italie, et c'est particulièrement à elle qu'on doit ce réveil scientifique remarquable qu'on observe dans nos Universités. Il y a lieu de croire en effet que ce système italien est meilleur que le système allemand, autrichien, etc., selon lequel le choix du professeur à nommer est fait par la Faculté ; car, selon notre système, le jugement scientifique est porté par des juges plus compétents, c'est-à-dire par ceux qui sont ou qui devraient être les meilleurs maîtres de la matière mise au concours, et en outre ces juges, appelés des différentes Universités du royaume dans la capitale, peuvent échapper plus facilement aux petites intrigues des Facultés, et aux sollicitations des candidats. »

L'Université de Rome possède une Faculté de médecine et de chirurgie et une Faculté des sciences physiques et naturelles liées intimement l'une à l'autre. On compte parmi les professeurs de ces Facultés : *Clinique médicale*, prof. Baccelli ; — *clinique ophtalmologique*, prof. Businelli ; — *clinique chirurgicale*, prof. Durante ; ce dernier va inaugurer prochainement un institut plus spacieux et mieux organisé que l'ancien : — *clinique dermatologique et des maladies vénériennes*, prof. Manaslei ; — *clinique obstétricale*, prof. Pasquali ; — *clinique des maladies des oreilles et du larynx*, prof. de Rossi ; — *clinique des maladies du système nerveux*, prof. Sciamanna ; — *clinique*

(1) Bizzozero.—*De l'enseignement de la médecine en Italie* (*Archives italiennes de Biologie*, 20 mai 1883).

des maladies mentales, prof. Solivetti. Ces trois derniers professeurs sont extraordinaires. On compte en outre parmi les principaux professeurs de l'enseignement obligatoire ; MM. Todaro, chargé du cours d'*anatomie* et *d'embryologie*. (L'embryologie est encore l'objet d'un cours à *l'école d'anatomie comparée* par M. Cascho) ; Moleschott, *physiologie expérimentale* ; — Marchiafava, *anatomie pathologique* ; — Toscani, *médecine légale*; — Scabzi, *matière médicale* et *pharmacologie*, etc. Il y a d'autres cours donnés par des professeurs extraordinaires : MM. Celli, (*hygiène expérimentale*) ; — Colasanti, (*physique et chimie physiologiques*) ; — Guichani, (*anatomie microscopique*) ; — Incornato, (*anatomie topographique*) ; — Moriggia, (*histologie et physiologie générales*) ; — Sechini, (*anatomie chirurgicale et médecine opératoire*). D'autres cours sont faits par de nombreux professeurs et privats-docents, dont l'énumération serait trop longue ici, et qui sont trop nombreux, de sorte que les étudiants sont surchargés de cours, tous presque identiques et faits souvent hors de propos, sans tenir compte du degré d'avancement de leurs études.

Pour les sciences physiques et naturelles, l'Université de Rome compte d'excellents professeurs. Nous joindrons aux noms cités plus haut : MM. Bloserna (*physique expérimentale*) ; — Cannizzaro (*chimie générale*) ; — Carruccio (*zoologie*) ; — Pirotta (*botanique et physiologie végétale*, etc., etc.

Les Instituts de physique, de chimie, d'hygiène, etc., sont des établissements de premier ordre et grâce à la vaste proportion de leurs salles et à leur aménagement très suffisant permettent aux maîtres et aux élèves d'y travailler avec fruit. Les musées et les laboratoires d'histoire naturelle sont très défectueux. On construit en ce moment un local destiné aux études botaniques. Parmi les principaux musées, on peut signaler celui de zoologie qui, en peu de temps, grâce à l'énergie et à la persévérance de M. Carruccio, renferme aujourd'hui de très riches collections ; la faune de la province de Rome et les vers y sont largement représentés.

M. Baccelli a fait il y a quelques années, adopter l'idée de créer une policlinique. Mais les constructions marchent lentement au grand désespoir des savants du pays. Il n'y a pas d'enthousiasme à Rome pour les bâtiments scientifiques et la fin du XIX[e] siècle, nous en avons peur, ne verra pas l'inauguration de la policlinique. Les savants peuvent attendre, et les étudiants pourront continuer à faire large provision de bons souliers pour soutenir les longues courses journalières et fatigantes dans l'ancienne et la moderne Rome L'Université de Rome compte ajourd'hui an moins 1,200 étudiants, parmi lesquels un quart se destine à la médecine.

La *Faculté de Turin* (1500 étudiants) possède des cliniques ophtalmologique, mentale, dermatologique, orthopédique, syphiligraphique, obstétricale, etc. ; des instituts anatomo-pathologique (quatre autopsies par jour environ) et anatomique, des laboratoires d'hygiène, de médecine légale (autopsies judiciaires à la Morgue), de matière médicale, de pathologie générale, de physiologie, etc. Les principaux professeurs sont : Bizzozero (pathologie générale et histologie), Mosso (physiologie), Perroncito (parasitologie), Sperino (syphiligraphie), etc.

La *Faculté de Naples* qui compte près de 1.500 étudiants est aussi largement pourvue de laboratoires, instituts, cliniques, etc., qui sont dirigés par des professeurs dont beaucoup sont connus de nos lecteurs.

La *Faculté de médecine de Gênes*, complétement modifiée dans ces dernières annés, se trouve aujourd'hui dans un état de prospérité qui, jusqu'à present, a peu d'analogue dans les autres Universités d'Italie. Grâce à la libéralite de la commune et de la province, elle n'a plus rien a envier. Le nombre des étudiants est de 800. Les enseignements donnés par la Faculté de médecine de la ville de Gênes sont les suivants : *Anatomie humaine* : Beisso, T. — *Anatomie et Physiologie comparée* : Parona. — *Chimie* : Finollo. — *Physiologie* : Fano. — *Pathologie générale* : Salvioli. — *Matière médicale et Pharmacologie* : Pellacani. — *Anatomie topographique* : Beisso. — *Anatomie Chirurgique* : Garibaldi. — *Clinique médicale genérale* : Maragliano, E. — *Pathologie spéciale et clinique médicale propedeutique* : Queirolo. — *Clinique chirurgicale, opération* : Caselli — *Pathologie spéciale et clinique chirurgique propédeutique* : Ceci. — *Anatomie pathologique* : Salvioli. — *Accouchements et gynécologie* : Macari. — *Clinique ophthalmologique* : Secondi. — *Clinique dermosyphilopathique* : Campana. — *Clinique mentale* : Maragliano D. — *Médecine légale* : Severi. Il y a plusieurs autres cours libres de *petite Chirurgie et bandages* : Motta. — *Histologie normale* : Salvioli — *Parasitologie humaine* ; Parona. — *Operations sur le cadavre* : Sacchi. — *Laringologie* : Masini. — *Thérapeutique générale* : Pellacani. A ces divers chaires sont annexés les laboratoires et des cabinets scientifiques riches d'instruments d'observation et de démonstration : L'anatomie, la physiologie, la pathologie genérale, l'anatomie pathologique, les instituts de clinique medicale et de clinique chirurgicale, les cliniques spéciales, etc., ont respectivement, toutes, un laboratoire. Sont en voie de construction et dans peu de temps seront terminés. les grands locaux dans lesquels seront établis les instituts biologiques. Dans l'institut de clinique médicale sont reçus pendant une année scolaire bien plus de 700 malades. Il y a un laboratoire riche en moyens d'étude. Dans l'institut chirurgical on fait tous les ans plus de 400 opérations ; plus de 500 cadavres sont fournis à l'institut d'anatomie pathologique pour les autopsies. A la Faculté, on a annexé la Royale Académie des sciences médicales de Gênes, laquelle tient ses séances publiques une fois chaque semaine : tous les mois un journal périodique publie les actes de cette académie.

Nombre des Etudiants des Universités en 1888. — L'Université de Naples à 3,900 étudiants de toute espèce, Turin, 2,100 ; Rome, 1.200 ; Bologne, 1,160 ; Padoue, 1,000 ; Pavie, 1,000 ; Palerme, 950 ; Ferrare, 39. Cette dernière Université n'a plus valeur historique.

K. Portugal.

Il existe en Portugal plusieurs grades médicaux. Le grade de bachelier (*bacharel*), inhérent à la réception à l'examen de la fin de la 4[e] année, celui de bachelier formé (*bacharel formado*), délivré à la suite de l'examen définitif de la 5[e] année, et donnant le droit d'exercer sur toute l'etendue du territoire portugais, celui de licencié (*licenciado*) (1). Le titre de *docteur* peut être obtenu par les licenciés à la suite de la soutenance d'une thèse dont le sujet est choisi par le candidat. Tous ces titres sont délivrés par la Faculté de Médecine de Coimbre. On trouvera encore en Portugal les titres de chirurgien ou médecin-chirurgien (*cirurgio*) formé par les écoles médico-chirurgicales de Lisbonne et de Porto, et d'officier de santé (*cirurgio ministrante* ou *licenciado minore*) nommé soit par la Faculté, soit par les écoles secondaires de Gaa et de Madère Ces grades divers ne donnent aucun privilége, quant à l'exercice de la médecine, cependant les officiers de santé ne peuvent exercer la médecine que dans la province, la colonie ou le district où ils sont établis.

Le programme des études varie nécessairement selon le grade recherché par l'étudiant. Il faut cinq annees au moins, soit à la Faculté, soit dans les écoles, pour obtenir le diplôme de médecin-chirurgien ou de licencié. De même, soit dans les écoles, soit à la Faculté, la thèse est soutenue après ces cinq années. Le cours complet des officiers de santé est de trois ans. L'on ne réclame point de ces derniers ni l'anatomie comparée, ni l'anatomie pathologique, ni l'histologie, ni l'histoire de la médecine, qui font partie des matières enseignées aux licenciés, aux medecins-chirurgiens et aux docteurs.

Il y a trois sortes de professeurs. Les titulaires de chaires (*proprietarios*), les suppléants (*substitutos*) et les démonstrateurs (*demonstradores*). Les places sont données au concours. Pour être admis à concourir, il faut être muni de l'un des diplômes indiqués ci-dessus et joindre outre les certificats de bonne vie et mœurs et de libération du service militaire, une attestation constatant que le candidat n'est pas atteint d'une maladie contagieuse. A ces pièces, le candidat peut joindre ses titres scientifiques. Le jury pris parmi les professeurs titulaires, et les deux suppléants, se prononce, au vote secret sur l'admission des candidats au concours Ces derniers subissent alors les épreuves suivantes : Deux leçons d'une heure chacune sur des questions tirées au sort, quarante-huit heures d'avance, une dissertation imprimée ou thèse, au choix des candidats, sur un sujet de la matière de la chaire vacante, interrogations sur les leçons et la dissertation du candidat, travaux pratiques, selon la matière de la chaire. Le jury classe les candidats par ordre de mérite, le président résume en public les travaux du concours, explique le choix des élus, et le dossier complet des opérations est transmis au Ministère, toutes les réclamations et observations des candidats étant admises et jointes aux pièces. Le gouvernement, sur l'avis du Conseil général de l'instruction publique, approuve le choix fait ou demande un nouveau concours, mais seulement dans le cas d'inobservance des prescriptions légales, les candidats pourront eux-mêmes récuser le vote du jury, pour ce même motif.

L'organisation médicale du Portugal subira prochainement des améliorations dont nous ferons part à nos lecteurs. Plusieurs projets sont à l'étude. On trouvera au surplus des renseignements complets dans les ouvrages suivants : *Exposição succinta da organisão actual da universidade de Coimbra*, par Visconde de Villa-Major, Coimbra, 1878, 1 vol. in-8 de 525 pages ; — *Memoria historica et commemorativa da faculdade de medicina nos cem annos decorridos desde a reforma da universidade em 1772 até o presente*, par serra de Mirabeau, Coimbra, 1872, 1 vol. in-8 de 317 pages ; — *Annuario da universidade de Coimbra*, 1884-85 ; — *Projetos do relatorio e plano de reforma elaborados pela commissão restau-*

(1) Ce titre est delivré aux bacheliers formes ayant obtenu les notes très bien et bien, après discussion publique de cinq sujets tirés au sort trois jours auparavant, et la soutenance d'une thèse manuscrite dont le sujet est désigné par la Faculté trente jours avant la soutenance.

[illegible]ado em conselho da faculdade de medicina para estudar a reorganisação da mesma faculdade, etc. [illegible].

La Faculté de Coimbre possède des laboratoires d'anatomie normale et pathologique, d'histologie et de physiologie, de chimie, etc. Parmi ses professeurs nous citerons : D'Almeidae Azevedo (toxicologie), Senna Mirabeau (physiologie), Pimentel de Mello (médecine légale), Silva Motta (anatomie pathologique), Filippe do Quental (clinique médicale).

A Lisbonne, l'hôpital San-José, où se trouve la Faculté de médecine est, par le grand nombre de ses malades, un grand centre d'instruction. Les professeurs de clinique choisissent dans les autres services les malades les plus intéressants. Le personnel de l'hôpital, comme du reste dans tout le Portugal, est exclusivement laique et largement rétribué. Parmi les professeurs, nous citerons les noms de Motta (matière médicale et thérapeutique), Ferraz de Macado (clinique médicale), Curry da Camara Cahal (anatomie pathologique), Augusto Bombarda (histologie et physiologie générales, physiologie). Les cours se donnent en portugais, mais presque tous les ouvrages admis par la Faculté sont de langue française. Nous ignorons si l'admission des femmes est actuellement réglementée; deux seulement ont été jusqu'ici autorisées par arrêté royal à subir l'examen de pharmaciens.

L'enseignement médical au Portugal mériterait de nous arrêter plus longuement; il nous est impossible dans ce Numéro des Etudiants, déjà si encombré, de parler des établissements hospitaliers si nombreux à Lisbonne et qui font de cette ville non-seulement un centre d'instruction pour les étudiants, mais encore pour les médecins. Nous reviendrons dans un prochain article sur les écoles de Porto et Lisbonne, sur la Faculté de Coimbre, et nous décrirons les principaux hôpitaux de ces différentes villes.

L. Espagne.

Il y a en Espagne dix Universités: celle de **Madrid** porte le titre d'Université centrale; les autres sont celles de Barcelone, de Grenade, d'Oviedo, de Santiago, de Sarragosse, de Valence et de Valladolid, auxquelles il faut ajouter les Facultés libres de Salamanque et de Séville. — Les Universités de Grenade et de Séville possèdent des Ecoles de médecine. Chaque faculté peut apporter quelques modifications de détail au programme de l'enseignement officiel. — Les renseignements que nous donnons ci-dessous sur deux de ces facultes, celle de Valence et de Madrid, permettront à nos lecteurs de juger du niveau scientifique atteint par quelques écoles espagnoles. L'enseignement médical est réglé par la loi d'instruction publique de 1857, avec les modifications apportées par les décrets de 1875 et 1880.

Université de Valence : Faculté de médecine. — Les programmes généraux comprenaient en 1885-86 : 1er *Groupe.* — Anatomie descriptive. Dissection. Physique et Chimie (à la Faculté des Sciences). — 2e *Groupe* : Anatomie descriptive et générale, 2e cours (Angiologie, Nevrologie) Dissection. Physiologie humaine. — Zoologie, Botanique et Minéralogie (à la Faculte des Sciences). — 3e *Groupe* : Pathologie générale et anatomie pathologique. Thérapeutique et matière médicale. — Hygiène. — 4e *Groupe* : Pathologie médicale. Pathologie chirurgicale. Obstétrique et maladies des femmes et des enfants. — 5e *Groupe* : Clinique médicale, Clinique chirurgicale, Anatomie chirurgicale et Médecine opératoire, Clinique des Accouchements et des maladies des femmes et des enfants. — 6e *Groupe* : Clinique médicale, Clinique chirurgicale, Hygiène publique, Médecine légale et Toxicologie. Ces études terminées, l'élève reçoit le titre de licencié qui donne le droit d'exercice dans toute l'Espagne et les Colonies. — 7e *Groupe* : (Doctorat), seulement à la Faculté centrale à Madrid.

Université centrale de Madrid : Faculté de médecine année 1886-1887. — 1er *Groupe* : Anatomie descriptive (1er cours), Histologie et Histo-chimie normales, Anatomie pratique ou Dissection (1er cours) (1). — 2e *Groupe* : Anatomie descriptive et Embryologie (2e cours), Dissection (2e cours), Physiologie humaine, théorique et expérimentale, Hygiène privée. — 3e *Groupe* : Pathologie générale et Eléments de clinique, Anatomie pathologique. Thérapeutique, Matière médicale, et de formule, Hydrologie, Hydrothérapie, Electrothérapie. — 4e *Groupe* : Pathologie chirurgicale, Pathologie médicale, Obstétrique et Gynécologie, Maladies de l'enfance, théorie et pratique. — 5e *Groupe* : Clinique chirurgicale (1er cours), Clinique médicale (1er cours), Clinique obstétricale et gynécologique, Anatomie topographique et Médecine opératoire, petite Chirurgie. — 6e *Groupe* : Clinique chirurgicale (2e cours), Clinique médicale 2e cours, Hygiene publique, Statistique et Législation sanitaires, Médecine légale et Toxicologie. — 7e *Groupe*, special à la Faculté de Madrid ou *groupe de Doctorat* : Histoire philosophique de la médecine. Application de l'hygiène publique à l'étude historique et géographique des Endémies et des Epidémies. Chimie biologique et analyses chimiques, spécialement des [illegible] à la Faculte de pharmacie.

Le titre de docteur s'obtient à la suite d'un examen et de la soutenance d'une thèse.

Il y a actuellement trois catégories de médecins en Espagne, le docteur, le licencié, et le *practicante*.

Le Doctorat est condition absolue pour le professorat et quelques autres fonctions officielles. Le licencié peut exercer la médecine et la chirurgie dans tout le pays. Le *practicante* est un ancien médecin reçu en vertu d'anciens règlements [illegible]. Un arrêté royal du 16 mars 188[illegible] interdit aux femmes l'accès de l'enseignement supérieur.

Toutes les charges sont supportées par l'Etat excepté celles des hôpitaux cliniques auxquels l'Etat donne une indemnité, les charges ordinaires étant à la province.

Les Professeurs nommés après concours Catedraticos reçoivent des émoluments qui varient de [illegible] fr. au début, à 10.[illegible] fr., traitement maximum, selon le temps d'exercice. Les agrégés ont [illegible] fr.; les chefs de clinique (Profesores clinicos) [illegible] fr.; les sous-chefs (ayudantes), 1.[illegible] fr. Les Bibliothèques, laboratoires, etc. disposent de sommes variables assignées [illegible] chaque année au budget du matériel scientifique.

L'enseignement clinique se fait dans les hôpitaux départementaux (provinciales), dont le personnel est [illegible]. sous la direction, soit d'un des conseillers départementaux (diputado provincial), soit par un médecin nommé par le conseil. A Madrid, la Faculté possède un hôpital clinique indépendant, dirigé par le Doyen de la Faculté et les Professeurs de cliniques.

Le régime des aliénés varie selon les établissements (manicomios). Dans le manicome de Valence on suit le régime mixte. Mais l'enseignement officiel ne comprend pas la clinique mentale.

La Faculté de Valence possède un musée d'anatomie, sous la direction d'un Préparateur-Directeur, qui a sous ses ordres un aide-Préparateur-dissecteur, un sculpteur et un aide-sculpteur et dirige aussi le musée d'Histologie.

Un laboratoire de recherches biologiques, sous la surveillance du professeur de Physiologie et la direction immédiate des sous-chefs ayudantes, qui comprend deux sections : (vivisection et expérimentation; microscopie.)

L'autopsie de tous les cadavres de la clinique est faite par le chef des travaux anatomiques ou son aide, et presque toujours en présence du professeur de clinique. L'examen histologique est pratiqué dans le laboratoire de microscopie. Les pièces pathologiques sont préparées et conservées par le préparateur-directeur du Musée.

Il existe au cimetière, une chambre pour les autopsies des cadavres de la ville et pour les autopsies judiciaires.

La méthode de Lister est en usage à la clinique chirurgicale. A la clinique d'accouchements, les élèves sont appelés à tour de rôle pour les accouchements de jour et de nuit, mais pendant le jour ils peuvent rester par groupes de 5 à 8 dans la chambre des internes. Ceux-ci ont de très modestes émoluments ([illegible] fr.).

M. le professeur Campa a depuis deux ans institué une policlinique pour les maladies des femmes et des enfants : et l'année dernière une clinique des maladies nerveuses.

Nous remercions M. le professeur Campa, doyen de la Faculté de Valence, qui a eu l'obligeance de nous adresser la plupart des renseignements qui précèdent.

M. Grèce.

La *Grèce* ne possède qu'une seule université, celle d'Athènes et par conséquent [illegible] qu'une faculté de médecine, à laquelle sont inscrits pour l'année 1887-88, 812 étudiants. Les cours de cette faculté sont les suivants : Anatomie; — Anatomie pathologique; — Anatomie topographique. Opérations et appareils. — Physiologie (2 chaires). — Pathologie chirurgicale. — Pathologie générale et thérapeutique. — Accouchements. — Maladies des enfants. — Clinique médicale (2 chaires). — Clinique chirurgicale. — Astyclinique. — Maladies syphilitiques. — Pharmacologie. — Hygiène. — Médecine légale. — Les professeurs sont répartis en trois catégories: Les professeurs ordinaires, les professeurs extraordinaires, et les agrégés. Ils sont au nombre de 20, chargés des divers cours précédents.

La Faculté ne confère que les titres de docteur en médecine, chirurgie et accouchements. La durée normale des études préparatoires au doctorat est de [illegible] ans. Le prix des inscriptions semestrielles, les droits des examens et les frais du diplôme de docteur s'élève au total à 175 drachmes. A la fin de la deuxième année les étudiants doivent subir un examen sur les sciences naturelles et physiques; [illegible] sont exemptés. [illegible] ont [illegible] du doctorat. Le diplôme de docteur en médecine [illegible] et ne confère pas le droit d'exercice; mais il est indispensable de posséder ce titre pour être admis à passer l'examen de

(1) L'affiche de la Faculté de Madrid a soin d'indiquer aux étudiants les livres dont ils ont besoin pour les différents cours ci-dessus; on y voit cités les ouvrages de Sappey, Beaunis et Bouchard, Lancereaux (anat. pathol.), Chomel (pathol. gén.), Gubler (codex), Jaccoud, Laveran et Teissier, Dieulafoy (path. int.), etc., etc.

[illegible] à la [illegible] Athènes [illegible] Il est question [illegible] à Larissa (Thessalie).

[illegible]

[illegible] a [illegible] ses [illegible] à l'étranger.

N. Turquie d'Europe.

FACULTÉ IMPÉRIALE DE MÉDECINE DE CONSTANTINOPLE. — Elle relève du ministère de la guerre. Elle comprend deux catégories d'élèves : 1° Les élèves pensionnaires de l'État qui sont les plus nombreux. Ils sont logés, nourris, habillés et entretenus par l'État avec l'obligation de servir ensuite comme médecins dans l'armée ; 2° Les élèves libres ou externes qui reçoivent la même instruction médicale gratuitement et sans contracter aucune obligation ultérieure envers l'État. Ils ne paient ni droits d'inscription, ni droits d'examens. Ils ne paient que le droit de diplôme soit 5 livres turques (115 francs). L'enseignement se faisait [illegible] en français.

Quoique les études se fassent aujourd'hui en langue turque depuis 1874, leur programme est calqué sur celui de la Faculté de Paris. Aussi les classiques français ont été déjà depuis longtemps traduits. La plupart des étudiants étudient dans des livres français. Bon nombre de professeurs et d'agrégés ont accompli leurs études en France. [illegible] Aucun diplôme [illegible] n'est exigé pour être admis à la Faculté de médecine de Constantinople. Quelques professeurs [illegible] français sont encore attachés à cette Faculté et chargés d'enseigner [illegible]. Les émoluments des professeurs et de tout le personnel, ainsi que les frais de l'entretien, sont payés par le ministère de la guerre.

Les *Études* [illegible] en six années [illegible] cinq années [illegible]. Il y a deux sortes d'*examens* : 1° Des examens de fin d'année [illegible] de chaque année scolaire, et 2° des examens de Doctorat, qui sont au nombre de 4, et dont le dernier comprend les thèses au nombre de deux : une sur un sujet de clinique interne et l'autre sur un cas de chirurgie.

Voici le programme des études à la Faculté de médecine de Constantinople :

PREMIÈRE ANNÉE. — *Chimie organique* : Prof. [illegible]-EFFENDI. — *Physique* : ANTHERANIQUE-BEY. — *Géologie* : IBRAHIM-BEY.

DEUXIÈME ANNÉE. — *Botanique* : Prof. ALI-BEY ; agrégé, ABDI-BEY. — *Zoologie* : Prof. HUSSEIN-BEY. — *Anatomie* : Prof. MAZHAR-BEY ; agrégé, HASSEIN-BEY.

TROISIÈME ANNÉE. — *Chimie organique* : Prof. FAIK-PACHA. — *Anatomie* : Prof. MAZHAR-BEY ; agrégé, JOUSSOUF-EFFENDI. — *Physiologie* : Prof. CHAKIR-BEY ; agrégé, HOULKI-EFFENDI.

QUATRIÈME ANNÉE. — *Hygiène* : Prof. FERDINAND-PACHA ; agrégé, MAHMOUD-EF. — *Histologie* : Prof. SAÏB PACHA ; agrégé, HAIDAR-EF. — *Pathologie générale* : Prof. NAFIZ-BEY ; agrégé, SABRI-EF. — *Matière médicale et thérapeutique* : DJ[illegible]-BEY, prof. ; MUNIR-EF., agrégé. — *Médecine opératoire* : Prof. OSMAN-BEY.

CINQUIÈME ANNÉE. — *Pathologie interne* : Prof. FEIZI-BEY ; agrégé, VAHAN-BEY. — *Pathologie externe* : NAÏM-BEY, prof. ; HASSINI-BEZ, agrégé. — *Anatomie pathologique* : CHAN[illegible]-BEY.

SIXIÈME ANNÉE. — Les cours de pathologie interne et externe sont continués. Il y a de plus un cours d'*accouchements* : Prof. VAHID-BEY ; agrégé, BESSIM-EF. — *Toxicologie* [illegible] : Prof. AGOP-BEY ; agrégé, IBRAHIM-EF. Les élèves de 5e et 6e années fréquentent les cliniques. *Clinique interne* : ZOEHB-PACHA, prof. ; DIVANNI-BEY, agrégé. — *Clinique externe* : Prof. ARISTIDE-BEY ; agrégé, HAIREDDIN-BEY. — *Polyclinique* : Prof. KHORASSANDJI-EFFENDI ; agrégé, VAHAN-BEY. — *Ophtalmologie* : Prof. ABDIMOUR-BEY.

Les examens du Doctorat ne sont autorisés qu'après la 3e année d'études médicales. Ils sont répartis de la manière suivante : Au commencement de la 4e année, 1er examen du Doctorat (Anatomie, physiologie, histologie). Au commencement de la 5e année, 2e examen du Doctorat (Pathologie générale, matière médicale, hygiène, médecine opératoire), à la fin de cette même année les deux autres examens du Doctorat et les deux thèses.

Les professeurs titulaires aussi bien que les agrégés ont, pour la plupart, des grades militaires, ainsi que le directeur et le préfet des études. Le directeur a le grade militaire de général, qui comporte le titre de pacha. Deux des professeurs actuels ont également le grade de général et le titre de pacha. Parmi les professeurs, ceux de clinique (médicale et chirurgicale) ont hiérarchiquement la préséance sur leurs collègues.

En dehors de cette Faculté de médecine, il y a, à Constantinople, depuis une quinzaine d'années, une *École secondaire de médecine* destinée à former des médecins cantonaux. L'enseignement se fait également en turc, mais c'est la Faculté qui a seule le droit de délivrer le diplôme à ces médecins.

Administration des affaires médicales. — Les affaires médicales et pharmaceutiques de l'empire sont gérées par un département nommé « Administration médicale civile de l'empire. » Cette Administration relève et fait partie intégrale du ministère de l'intérieur, dont elle est une des sections. Elle comprend : 1° Un directeur, qui est en même temps directeur de la Faculté, ce qui fait que ledit directeur relève du ministère de l'intérieur pour ce qui en est de ses fonctions de directeur des affaires médicales, et du ministère de la guerre pour la direction de la Faculté ; 2° un « Conseil des affaires médicales civiles, » composé d'un président, d'un secrétaire général et de neuf membres, dont deux chimistes. L'Administration des affaires médicales civiles, directeur, conseil et bureaux siègent à la Faculté, bien qu'ils font partie du ministère de l'intérieur. Toutes les affaires se rapportant à l'exercice de la médecine et de la pharmacie civiles, toutes les questions scientifiques, la nomination des médecins cantonnaux, l'envoie des missions médicales dans les provinces, les mesures prophylactiques *intérieures* contre les épidemies et les épizooties, les vaccinations, l'autorisation et la surveillance des pharmaciens et des drogueries, les expertises médico-légales, l'examen médical pour la mise en retraite des employés civils de l'État, enfin les permis d'exercice accordés aux médecins et pharmaciens étrangers, sont de la juridiction de ce conseil.

Les médecins, indigènes ou étrangers, qui ont fait leurs études médicales à l'étranger, et qui, possédant un diplôme de docteur d'une Faculté étrangère, désirent exercer en Turquie, doivent se présenter à ce Conseil pour faire enregistrer leur diplome et recevoir un permis d'exercice sans lequel il leur est défendu, par la loi ottomane, d'exercer leur profession en Turquie. Les médecins *officiels* des ambassades sont seuls exceptés. Le permis d'exercice n'est délivré qu'après un *colloquium*, ayant pour but d'établir que le diplôme présenté appartient réellement à celui qui le présente. Les droits à payer pour l'obtention de ce permis d'exercice sont 2 livres turques pour les examens du *colloquium* et 5 pour le permis ; en tout 7 livres turques, soit 157 fr. 50 centimes. Les pharmaciens sont soumis à la même obligation.

O, Russie.

L'empire russe possède [illegible] Facultés de médecine délivrant des diplômes [illegible] : celle de l'Académie médico-chirurgicale militaire de Saint-Pétersbourg et les Facultés de Moscou, Kazan, Kharkof, Kief, Varsovie, Tomsk (Sibérie Occidentale), Dorpat et Helsingfors. Ces deux dernières sont encore des Universités de langue allemande.

Le diplôme d'une Faculté de médecine russe confère le titre de « vratch » (médecin) et non celui de « doctor » (docteur en médecine). Le « vratch » peut remplir toutes les fonctions de la profession médicale. Il peut devenir « doctor » après avoir présenté et soutenu une thèse. Le praticien qui ne possède pas un de ces titres exerce à ses risques et périls ; il encourt souvent une peine administrative sous forme d'amende ou d'emprisonnement. Cela n'empêche pourtant pas à un nombre incalculable de charlatans d'abuser de la crédulité populaire.

Pour être admis à la Faculté en qualité d'étudiant, le candidat doit présenter le « *certificat de maturité* » constatant qu'il a suivi avec succès le cours d'études complet d'un gymnase. Chose curieuse : les candidats de confession israélite ne sont admis qu'en nombre restreint de 5 à 15 pour 100. L'uniforme est obligatoire pour tous les étudiants. Diverses peines sont établies pour ceux qui négligent cette formalité. Comme en Allemagne, les élèves paient des rétributions aux professeurs dont ils suivent les cours. Il existe trois ordres de professeurs : les professeurs ordinaires, nommés à vie avec des appointements fixes ; les professeurs ex-

traordinaires et les « privats-docents. » Les professeurs extraordinaires sont choisis parmi les privats-docents. Quant à ces derniers, le nouveau règlement universitaire admet à ce grade tous les docteurs en médecine. La situation des privats-docents est d'autant plus rémunératrice qu'ils ont plus de succès, leur salaire se composant exclusivement des rétributions des élèves.

Voici le personnel enseignant des différentes Facultés russes.

ACADÉMIE IMPÉRIALE MÉDICO-MILITAIRE DE SAINT-PÉTERSBOURG. — M. Botkin, *clinique médicale.* — M. Gruber, *anatomie.* — M. Borodin, *chimie organique.* M. Bogdanovsky, *clinique chirurgicale* M Zavarikin, *histologie et embryologie.* — M. Sorokin, *médecine légale.* - M. Pelechin *pathologie, et thérapeutique chirurgicales.* — M. Manassein, *pathologie et thérapeutique médicales.* — M. Dobroslavin, *hygiène* — M. Soutschinsky. *pharmacologie* — M. Mierzejewsky, *maladies nerveuses et mentales.*— M Kolomnin, *chirurgie.* - M. Brandt, *zoologie.*— M. Lesch, *pharmacologie.*— M. Koschlakoff, *clinique thérapeutique.* — M. Sokoloff *chimie.* - M. Paschoutin, *pathologie expérimentale.* — M. Ivanovsky, *anatomie pathologique.* — M. Tarchan-Mauravoff, *physiologie.*— M. Nassiloff, *anatomie topographique.* — M Dobrovolsky, *ophthalmologie.* — M. Egoroff, *physique.* — M. Tirenetzky, *anatomie,* — M Tarnovsky, *clinique syphilitique.* — M. Slaviansky, *accouchement et gynécologie.* — M. Tschoudnovsky, *diagnostic médical.* — M. Batalin, *botanique.* — M. Lebedeff, *accouchement.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MOSCOU. — M. Sclifasovsky, doyen, *médecine opératoire.* — M. Zacharin, *clinique thérapeutique.* — M. Novatsky, *clinique chirurgicale.* — M. Klein, *anatomie pathologique.* — M. Braun, *ophtalmologie.* — M. Babouchin, *embryologie et histologie.* — M. Tolsky, *accouchement et gynécologie.* — M. Bouliguinsky, *chimie et physique médicale.* — M. Scheremetevshy, *physiologie.* — M. Tscherinoff. *diagnostic médical.* — M Kojevnikoff, *pathologie et thérapeutique médicales.* — M. Zernoff, *anatomie.* — M. Erisman, *hygiène.* — M. Neiding, *médecine légale.* — M. Ostroumoff, *clinique thérapeutique.* — M. Makeëff, *gynécologie.* — M. Elcinsky, *pathologie et thérapeutique,* — M. Sneguireff, *accouchement.* — M. Bogoslovsky, *pharmacologie.* — M. Sinicin, *pathologie chirurgicale.* — M. Fogt, *pathologie générale* — M. Tichomiroff, *matière médicale.* — M. Schervinsky, *anatomie pathologique.* — M. Mansouroff, *dermatologie et maladies syphilitiques.* A la Faculté de médecine de Moscou, le nombre des étudiants est limité à 250. — M Bobroff, *opérations.* — M. Pavlinof, *clinique thérapeutique.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE KAZAN. — M. Tscherbacoff, doyen, *chimie physiologique* — M. Gvozdeff, *médecine légale.* — M. Kovalevsky (N.), *physiologie.* — M Arnstein, *histologie.* — M. Reich, *ophtalmologie.* — M. Levschin, *clinique chirurgicale.* — M. Ermolaëff, *anatomie physiologique.* — M. Zasetsky, *clinique thérapeutique.* — M. Podvisotsky, *pharmacologie.* — M. Bogolouboff, *clinique chirurgicale.* — M. Visotski, *chirurgie.* - M. Jacoby, *hygiène.* — M. Bechterëff, *maladies nerveuses et mentales.* — M. Tolmatscheff, *pathologie générale.* — M. Gé, *maladies cutanées et syphiliques.* — M. Scolosouboff, *maladies nerveuses,* — M Stoudensky, *médecine opératoire.* — M. Khorvat, *pathologie générale.* — M. Loubimoff, *anatomie pathologique.* M. Kotovtschikoff, *diagnostic médical.* — M. Levascheff, *clinique thérapeutique.* — M. Tenomenoff, *accouchement et gynécologie.* — M. Komiakoff, doyen, *clinique médicale.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE KHARCOF. — M. Zaroubin, doyen, *clinique chirurgicale.* — M. Grubé, *clinique chirurgicale.* — M. Tschelkoff, *physiologie.* — M. Danilevsky, *chimie médicale.* — M. Vagner, *anatomie.* — M. Obolensky, *pathologie spéciale.* — M. Skvortzoff, *hygiène.* — M. Kriloff, *anatomie pathologique.* — M Brouëff, *maladies cutanées et syphilitiques.* — M. Kovalevsky (P), *maladies nerveuses et mentales.* — M. Zalessky, *pharmacologie.* — M. Guirschman, *ophtalmologie.* — M. Koutschin, *histologie et embryologie.* M. Kouznetzoff, *clinique thérapeuthique.* — M Tolotschinoff, *accouchement et gynécologie.* - M. Doudoucaloff, *médecine opératoire.* — M. Kostiourin, *pathologie générale.* — M. Soublotin, *pathologie chirurgicale.* — M. Patenko, *médecine légale.* — M. Lowikovsky, *clinique médicale.*

Les cours sont complétés par 23 privat-docents, 4 prosecteurs, 4 aides d'anatomie et 4 préparateurs.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE KIEF. — M. Soublotin W. A., *hygiène.* — M. Ergardt, doyen, *médecine légale.* — M. Méring, *thérapeutique spéciale.* — M. Scheffer, *chimie.*— M. Karavaeff, *médecine opératoire.* — M. Betz, *anatomie physiologique.* — M. Peremejko, *histologie et embryologie.*— M. Geibel, *pharmacologie.* — M. Minkh, *anatomie pathologique.* — M. Rineck, *clinique chirurgicale.* — M. Tritschel, *clinique médicale.* — M. Tschirieff, *physiologie* — M. Bornhaupt, *clinique chirurgicale.* — M Khodine, *ophtalmologie.* — M. Bunge, *chimie médicale.* — M Stonkovenkoff, *maladies cutanées et syphilitiques.* — M. Lesch Fh. A., *diagnostic médical.* — M. Sikorsky, *maladies nerveuses et mentales.* — M. Rein, *accouch. et gynéc.* — M. Morozoff, *médecine opératoire.* — M. Podvisotsky, *pathologie générale.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE VARSOVIE. — M. Brodovsky doyen, *anatomie pathologique.*— M. Kosinsky, *clinique chir.*— M. Trautfetter, *maladies cutanées et syphilitiques.* - M. Gaier, *histologie et anatomie comparée.* — M. Efremovsky. *clinique chirurgicale.* — M Tschaoussoff, *anatomie descriptive.* — M. Navrotsky, *physiologie.* — M Volfring, *ophtalmologie.* — M. Popoff, *clinique médicale.* — M. Schalleeff, *chimique physique.* — M. Tauber *médecine opératoire.* — M. Laptschinsky. *pathologie spéciale.* M. Mentin, *pharmacologie.* — M. Kovalkovky, *hygiène.* — Iastreboff, *accouchement et gynécologie.* — M. Toumas *pharmacologie.* — M. Loukianoff, *pathologie médicale.* — M. Plenskovsky, *maladies nerveuses et mentales* — M. Neigebauer, *accouchement et gynécologie.* — M. Stolnikoff, *Diagnostic.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE DORPAT. — M. Schultze, *pathologie spéciale.* — M. Wal, *clinique chirurgicale.* — M. Schmidt, *physiologie générale.* — Dragendorf, *pharmacologie.* — M. Rosenberg, *embryologie, histologie et anatomie comparée.* — M. Kerber, *médecine légale.* — M. Relman doyen, *ophtalmologie.* M. Runge, *accouch., gynéc., et maladies des enfants.* M. Krepelin, *maladies mentales.* — M. Toma, *anatomie pathologique.* — M. Rauber, *anatomie* — M. Kobert, *histoire de la médecine.* — M. Kessler, *accouchement.* — M. Koch, *chirurgie.* — M. Deguio, *clinique propédeutique.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE HELSINGFORS. — M. Homen, *médecine légale et hygiène.* — M. Hällsten, *physiologie.* — M. Asp, *anatomie.* — M. Runeberg, *clinique médicale.* — M. Saltzmann, *chirurgie.* — M. Pippingskjöld, *accouchement et gynécologie.*— M. Schulten, *chirurgie.* — MM. Stenbäck, Heinrecius et Engström, *gynécologie.* — MM. Wahlfors et Nordman, *ophtalmologie.* — M. Holsti, *clinique médicale.* — MM. Smirnoff et Lundström, *maladies syphilitiques.* — M. Sundrick, *pharmacologie.*

La durée des études médicales en Russie est de six ans y compris le temps nécessaire aux examens définitifs.

Pendant leur temps de scolarité, les élèves sont obligés de subir une série des épreuves orales sur l'anatomie descriptive, l'histologie avec embryologie, physiologie, physique, chimie, pharmacologie, zoologie. anatomie comparée, botanique et minéralogie. L'examen définitif contrôlé par un commissaire spécial du gouvernement se divise en cinq parties. *Première partie :* a) anatomie normale et pathologique (*épr. or. et prat.*); b) histologie (*épr. or. et prat.*); c) anatomie topographique et chirurgie (*deux opérations sur un cadavre; épreuve orale sur la topographie des parties opérées*), *Deuxième partie :* a) physiologie et pathologie générale (*épreuve orale*); b) chimie médicale (*épr. or. et prat.*); c) pharmacologie, art de formuler et eaux minérales (*épr. or. et prat.*); d) pharmacie et pharmacognosie (*épr. or. et prat*). *Troisième partie :* Pathologie et thérapeutique interne (*épr. or. et clin. sur deux malades*). *Quatrième partie :* Pathologie et thérapeutique externe (*épr. or. et clin. sur deux malades*) *Cinquième partie :* a) hygiène et police médicale (*épr. or. et prat.*); b) médecine légale et toxicologie (*épr. or. et prat.*); c) épizootologie et police vétérinaire (*épr. or. et prat.*).

D'après les règlements publiés dans le *Messager officiel de Saint-Pétersbourg* (notes du 27 août et 5 septembre 1885), les médecins des Facultés étrangères, sans distinction de nationalités, qui voudront exercer en Russie, seront désormais obligés de produire « le diplôme de maturité » ou un diplôme reconnu équivalent avant de subir deux examens, l'un préliminaire, l'autre définitif, qui ne diffèrent en rien des examens subis par les étudiants russes et dont nous avons déjà parlé plus haut.

P. Roumanie.

Il existe deux Facultés de médecine : une à Bucharest et l'autre à Jassy. La première est fondée depuis assez longtemps et parmi ses professeurs il y en a quelques-uns qui ont commencé ou même terminé leurs études dans cette Faculté. Le corps professoral est ainsi constitué : deux professeurs ont été appelés de l'étranger (mais ce sont toujours des Roumains) en raison de leurs titres scientifiques; une autre partie est constituée par d'anciens médecins qui ont été nommés professeurs sans concours ni titres scientifiques ; le reste est constitué par des professeurs passés par la voie des concours ; exceptionnellement il y en a de nommé à cause de leurs travaux originaux (sciences). Le nombre des chaires est suffisant ; en dehors de l'enseignement théorique, il existe plusieurs chaires de cliniques, dont deux chirurgicales et deux médicales, une d'ophtalmologie, une pour les maladies des enfants et une autre

pour les accouchements. La Faculté est munie aussi de plusieurs laboratoires, parmi lesquels on peut remarquer principalement ceux d'histologie normale et de chimie. Quant aux hôpitaux, il y en a plusieurs ; ils sont dirigés surtout par des professeurs; dans tous les services, il y a des externes et des internes, reçus tous à la suite d'un concours. A propos des hôpitaux (Bucharest et Jassy), il est à remarquer que, dans chaque service, il existe deux médecins, dont un porte le nom de *chef* et l'autre de *secondaire*. Tous les chefs de service sont désignés par la voie du concours (excepté ceux de l'hôpital Brancoveano, à Bucharest). En ce qui concerne les médecins secondaires, les uns sont admis au concours, d'autres par protection, on peut dire même que cette place est souvent accordée aux jeunes docteurs qui n'ont aucune fonction ou qui recherchent plusieurs places dans un but intéressé. Ce titre de médecin secondaire est quelquefois créé et assez souvent donné grâce à l'influence de personnes qui sont au pouvoir ou qui en dépendent. Les exemples ne manquent pas. En admettant que cette place ait été accordée d'une façon sérieuse, on peut voir de jeunes médecins renvoyés du service par suppression de la place, ou sous différents prétextes (1).

Pour éviter tous ces inconvénients et encourager les jeunes médecins à travailler, il faudrait supprimer cette place de faveur et instituer, comme à Paris, des concours uniques pour obtenir le titre de médecin des hôpitaux; c'est la seule façon d'éviter la protection et d'accorder les places à plusieurs médecins qui veulent travailler pour le plus grand bien de la science et des malades. Rien ne coûterait aux Epitropies de Bucharest et Jassy d'avoir à leur disposition plusieurs médecins nommés au concours et destinés à faire les remplacements des chefs au fur et à mesure qu'ils s'en présente. Pour introduire cette nouvelle organisation, il faudrait d'abord imiter l'Assistance publique de Paris et admettre une limite d'age tant pour les médecins que pour les chirurgiens. On devrait même appliquer cette loi pour les professeurs des Facultés, et donner les places à des jeunes qui ne demandent qu'à travailler.

La Faculté de médecine de Jassy est de beaucoup plus jeune que celle de Bucharest. Aujourd'hui, à Jassy, toutes les places sont données au concours et la moitié des chaires sont occupées par les professeurs titulaires; les autres sont suppléants.Il existe aussi plusieurs laboratoires dont quelques-uns sont insuffisamment montés, à cause des ressources qui sont distribuées d'une façon tout à fait étrange et inégale; mais prenant en considération la bonne volonté et l'intention ferme qu'ont les professeurs de travailler, il est à croire que cette jeune Faculté pourra bientôt compter parmi les plus laborieuses. Malheureusement on ne sait pourquoi la création des deux chaires d'ophtalmologie et maladies des enfants figure seulement dans les programmes ; le ministère retarde à publier les concours. Jusqu'à aujourd'hui, la Faculté n'a eu à délivrer que trois diplômes de docteur. Tout ce qu'on a dit des hôpitaux se rapportent aussi à ceux de Jassy ; il ne reste qu'une chose à désirer pour les étudiants, c'est d'instituer des concours pour les places d'internes, et, de cette façon, on n'habituera pas la jeunesse à la protection, même dès le début des études.

A la Faculté de Jassy, on peut remarquer une anomalie tout à fait bizarre. La Clinique chirurgicale est supprimée pendant les vacances de l'année et cela sous le prétexte ridicule que le professeur, désirant avoir des vacances, ne trouve pas un remplaçant officiel. En vérité, il n'y a pas de chef de Clinique (comme dans aucune des Cliniques de Jassy et Bucharest) ; comme l'Epitropie, St-Spiridon ne possède que des remplaçants élus par protection, il en résulte que les salles de la Clinique sont évacuées et les étudiants abandonnent le service pendant trois à quatre mois de l'année. Il faut dire que cette anomalie existe seulement à Jassy et rien que pour la chirurgie, car pour les autres Cliniques le hasard a voulu que les professeurs soient en même temps médecins primaires et par conséquent puissent se faire remplacer par les médecins secondaires. A la Clinique chirurgicale, l'Epitropie St-Spiridon, sur la demande du ministère, il y a à la disposition de la Clinique, un service de plusieurs lits pour le professeur désigné par le concours. C'est une exception qu'il faudra faire disparaître le plus tôt possible, et cela par la nomination d'un chef de Clinique. Voici aussi la liste des professeurs des Facultés de Bucharest et Jassy.

BUCHAREST : *Anatomie :* Dr Paul Pétrini (suppl.).— *Physiologie :* Dr Grigorescu (suppl.).—*Physique :* à l'Ecole de pharmacie. — *Chimie :* Dr Istrati. — *Zoologie :* Dr Boicescu (suppléant).— *Botanique :* Dr Grecescu. — *Pathologie générale :* Dr Theodori. *Pathologie interne :* Dr Alexianu. — *Pathologie chirurgicale :* Dr Ramniceanu.— *Anatomie pathologique :* Dr Severin. — *Histologie :* Dr Petrini (Galatz). — *Médecine opératoire :* Dr Démostène. — *Pharmacologie :* Dr Maldarescu.—*Thérapeutique:* Dr Z. Petrescu. — *Hygiène :* Dr Félix (doyen). — *Médecine légale :* Dr Sutzu. — *Clinique chirurgicale :* Dr Severeanu. — *Clinique médicale :* Drs G. Stoicescu et Kalendero. — *Clinique chirurgicale :* Dr Assaki. — *Pathologie expérimentale et bactériologie :* Dr Babes. — *Clinique des enfants :* Dr Sergin. — *Clinique d'ophthalmologie :* Dr Manolescu. — *Clinique de la Maternité :* Dr Draghescu. — *Clinique des maladies mentales :* Dr Sutzu.

JASSY : *Anatomie :* Dr Peride.—*Physiologie :* Dr Sokor.—*Physique :* Dr Stravolca (suppléant), profess. à la Faculté des sciences. — *Chimie :* Dr Riegler. — *Zoologie et botanique :* Dr Cosmovici (suppléant), professeur à la Faculté des sciences, — *Pathologie générale :* Dr Thiron (suppleant). — *Pathologie interne :* Dr Stihi (suppléant). — *Pathologie externe :* Dr Bottez. — *Anatomie pathologique :* Dr Cerne (suppléant). — *Histologie :* Dr Negel. — *Médecine opératoire :* Dr Russ, senior (suppléant). — *Thérapeutique :* Dr Rizu. — *Hygiène :* Dr Rojnitza (suppléant). — *Médecine légale :* Dr Ciure (doyen). — *Clinique chirurgicale :* Dr Sculy. —*Clinique médicale :* Dr Russ, junior.— *Clinique de la Maternité :* Dr Bejan (suppléant).

1) A cette occasion, on peut citer le cas du Dr B. qui ayant passé un concours serieux a été renvoyé au bout de deux ans de l'hopital St Treime, de Jassy, sous le pretexte ridicule quel'Epitropie St Spiridon n'avait pas suffisamment d'argent ; mais en attendant, on la voit créer des places et justement dans des services ou il n'y en a pas grand besoin.

Q. Serbie.

La ville de Belgrade possède une Faculté de médecine et un hôpital pour l'enseignement de la Clinique ; la Faculté délivre des diplômes aux candidats qui ont présenté un certificat d'études préliminaires et un certificat d'assiduité à tous les cours de l'école, et qui subissent avec succès un examen portant sur tout l'ensemble des sciences médicales. — La Serbie est, croyons-nous, le seul pays d'Europe où la possession d'un diplôme médical français ou autrichien confère, *ipso facto*, le droit d'exercice. L'exercice de la pharmacie est réglementé: le nombre des officines est limité. Les pharmacies ne peuvent délivrer de médicaments sans ordonnance, ni faire de la réclame dans les journaux en faveur d'un médicament.

R. Mexique.

Les lois qui régissent l'enseignement et l'exercice de la médecine varient suivant que l'on passe de l'un à l'autre des Etats qui constituent la République mexicaine. Les Universités qui possèdent des Facultés de médecine sont celles de Mexico, de Guadalaxara (150 000 h). de Oaxaca, de Campeachy, Zacatecas, de Puebla (une faculté de l'état et une école libre catholique), de Guanajuato (100.000 hab.). Cette dernière n'est ouverte que du 29 janvier 1883; la durée des études y est de six ans (1).

S. Brésil.

Le Brésil possède deux Facultés de médecine ; l'une à Rio de Janeiro, capitale de l'Empire ; l'autre à Bahia. L'organisation de ces deux Facultés est la même. En outre du diplôme de *docteur en médecine*, elles délivrent des diplômes de *pharmacien*, de *dentiste* et de *sage-femme*.

La solide organisation de Faculté de médecine de RIO DE JANEIRO, due à l'énergie et au dévouement de son honorable doyen, M. le Baron de SABOIA, l'a placée au niveau des meilleures Facultés, et dans l'Amérique il n'y en a guère qui, dans son ensemble, puisse lui être comparée.

Dispositions générales. — Les étudiants qui désirent prendre des inscriptions en vue du Doctorat en médecine doivent produire ou les baccalauréats ès lettres et ès sciences délivrés par le *Collège impérial de Don Pedro II* ou des *certificats* constatant qu'ils ont subi avec succès les examens préparatoires suivants : Langues latine, portugaise, française, anglaise et allemande ; histoire, géographie ; arithmétique, algèbre, géométrie, trigonométrie rectiligne; philosophie ; éléments généraux de physique, chimie et histoire naturelle. Les candidats *au diplôme de pharmacien*, à part l'histoire et l'allemand, doivent produire les mêmes pièces que les candidats au doctorat. Pour le *diplôme de dentiste*, on n'exige que la connaissance du portugais, du français, de l'anglais, de l'arithmétique et de la géométrie. Pour les études de *sage-femme*, les candidates doivent connaître le portugais, le français, l'arithmétique et avoir des notions de physique et d'histoire naturelle.

Durée des études. — Les études de pharmacie durent trois ans et comprennent trois séries d'examens : 1re *série :* physique, chimie minérale et minéralogie ; 2me *série :* Chimie organique, botanique et zoologie ; 3me *série :* Matière médicale, pharmacologie et pharmacie pratique, toxicologie.— Les études de *sage-femme* durent deux ans ; les examens comprennent deux séries ; 1re *série :* Anatomie descriptive et physiologie, en général et plus parti-

(1) Nous avons donné dans le n° du 7 avril 1883 du *Progrès médical* le programme complet des études de cette Faculté.

culièrement des organes génito-urinaires de la femme, pharmacologie et hygiène des femmes en couches; 2me *série* : Obstétrique, clinique obstétricale et gynécologique. — Pour obtenir *le diplôme de dentiste*, dont la durée des études est de deux ans, il faut subir trois séries d'examens : 1re *série* : Physique élémentaire, chimie minérale, anatomie descriptive et topographique de la tête ; 2me *série* : Histologie et physiologie dentaires, pathologie dentaire et hygiène de la bouche ; 3me *série* : Thérapeutique dentaire, chirurgie et prothèse dentaire.—Pour obtenir le diplôme de *docteur en médecine* dont la durée des études est de six ans, l'élève doit subir une série de huit examens au bout desquels il doit soutenir une thèse. 1re série : *Physique médicale, chimie minérale et minéralogie médicale, botanique et zoologie médicales* ; 2e série : *Anatomie descriptive, histologie théorique et pratique, chimie organique et biologique* ; 3me série : *Physiologie théorique et expérimentale, anatomie et physiologie pathologiques, pathologie générale* ; 4me série : *Pathologies médicale et chirurgicale, matière médicale, spécialement brésilienne et thérapeutique* ; 5me série: *Obstétrique, anatomie chirurgicale, médecine opératoire et appareils, pharmacologie et art de formuler* ; 6me série : *Hygiène et histoire de la médecine, médecine légale et toxicologie* ; 7me série : *Cliniques médicale et chirurgicale d'adultes, clinique obstétricale et gynécologique* ; 8me série : *Clinique médicale et chirurgicale d'enfants, cliniques ophtalmologique, des maladies cutanées et syphilitiques, et enfin clinique psychiatrique*. La thèse est passée à la fin de la sixième année et doit porter sur un sujet que le candidat choisit parmi ceux inscrits dans une liste dressée par le conseil scolaire. Les inscriptions sont prises au commencement et à la fin de chaque année scolaire. Les examens ont lieu à partir du mois de novembre et comprennent trois épreuves : une *pratique*, une *écrite* et une *orale* ; l'élève qui est refusé à l'une de ces épreuves doit recommencer son examen en entier. Les élèves qui en font la demande, peuvent être admis à passer leur examen à l'époque, demandée à la condition qu'il se soit écoulé quatre mois après le dernier échec, ou s'il s'agit d'un premier examen qu'ils aient un an d'études.

Enseignement. — L'enseignement comprend les cours théoriques, les exercices pratiques et l'enseignement clinique. Les chaires qui servent à l'enseignement de la médecine sont les mêmes pour l'enseignement des matières des cours annexes.

Enseignement théorique. — Le corps enseignant de la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro est actuellement composé comme il suit : 1° Physique médicale, *Dr J. Martins Teixeira* ; 2° Chimie inorganique et minéralogie médicales, *Dr Ferreira dos Santos* ; 3° Botanique et zoologie médicales, *Dr J. J. Pizarro* ; 4° Anatomie descriptive, *Dr Pereira Guimarães* ; 5° Histologie normale ; *Dr Caetano d'Almeida* ; 6° Chimie organique et biologique, *Dr Domingos Freire* ; 7° Physiologie, *Dr Kossuth Vinelli* ; 8° Anatomie et physiologie pathologiques, *Dr Cypriano de Freitas* ; 9° Pathologie générale, *Dr Benicio de Abreu* ; 10° Pathologie médicale, *Dr Pecanha da Silva* ; 11° Pathologie chirurgicale, *Dr Pedro Affonso Franco* ; 12° Matière médicale et thérapeutique, *Le Conseiller Baron de S. Salvador de Campos* ; 13° Obstétrique, *Dr Feijó Junior* ; 14° Anatomie chirurgicale, médecine opératoire et appareils, *Vicomte de Motta Maia* ; 15° Pharmacologie, et art de formuler, *Dr J. Maria Teixeira* ; 16° Hygiène publique et privée et histoire de la médecine, *Conseiller Nuno de Andrade* ; 17° Médecine légale et toxicologie, *Dr Souza Lima*. — A l'exception des chaires de pathologie interne, externe et générale et de la chaire d'accouchements, lesquelles n'ont qu'un professeur titulaire, toutes les autres sont pourvues, en outre, d'un professeur adjoint et d'un préparateur assisté de deux aides chargés de la préparation du cours duquel ils dépendent.

Enseignement pratique. — L'enseignement pratique se fait dans les laboratoires suivants : 1° de *physique* ; 2° de *chimie inorganique*, avec un *cabinet de minéralogie* ; 3° de *botanique*, avec un *cabinet de zoologie* ; 4° de *chimie organique et biologique* ; 5° de *bactériologie*, avec un *cabinet de photographie* ; 6° de *physiologie expérimentale* ; 7° de *thérapeutique expérimentale* ; 8° de *pharmacie* ; 9° d'*hygiène* ; 10° de *toxicologie* ; 11° d'*histologie* ; 12° d'*anatomie pathologique* ; 13° un institut où se font les exercices de *dissection*, d'*anatomie chirurgicale* et de *médecine opératoire*. Chacun de ces laboratoires se trouve sous la direction immédiate des professeurs de la chaire auquel il correspond; ils servent en même temps de laboratoire de recherches.

Le personnel de chaque laboratoire se compose : 1° du directeur, qui est le professeur titulaire, 2° l'adjoint, qui est chef des travaux pratiques ; 3° d'*un préparateur*, docteur en médecine, pharmacien ou dentiste, *nommé au concours* ; 4° de deux aides choisis parmi les étudiants en médecine, également nommés au concours. Les différents laboratoires de la Faculté de Rio sont admirablement montés; rien ne leur manque, soit au point de vue des instruments, soit au point de vue des produits chimiques ou autres nécessaires aux recherches et aux manipulations. Ils sont mis gratuitement à la disposition de tous les élèves. Leur fréquentation n'est pas obligatoire, c'est-à-dire que les élèves ne sont pas astreints à répondre à aucun appel ni à signer aucune feuille de présence; par contre, pour être admis à un examen, ils sont tenus de présenter un certain nombre de pièces préparées par eux-mêmes, sous la direction du chef des travaux ou du préparateur, ce qui, en somme, sert de contrôle pour leur assiduité aux laboratoires. *Laboratoire d'hygiène.* Ce laboratoire n'est pas seulement destiné à l'instruction des élèves; il est affecté en outre au service sanitaire. En effet, c'est là où se font les analyses de tout produit intéressant la santé publique. Son personnel est un peu différent de celui des autres laboratoires ; en dehors du personnel de la Faculté, il y existe *un inspecteur ou commissaire du gouvernement*, nommé sur la proposition du doyen de la Faculté ; et quatre *aides-chimistes* appartenant au conseil général de salubrité publique. Il n'y a pas que les analyses demandées par le gouvernement ou le conseil général de salubrité qui y sont exécutées ; tout particulier peut demander telle analyse qu'il lui plait, seulement il est soumis à un tarif spécial. La *salle de dissection*, assez grande et très bien aménagée, est très hygiénique ; en effet, les murs, le parquet ainsi que les tables de dissection sont en marbre ; la lumière, l'air et l'eau y sont distribués à profusion. Les cadavres sont conservés dans une glacière spécialement construite à cet effet. Les exercices pratiques de *toxicologie* se font dans le laboratoire respectif; les conférences pratiques de médecine légale ont lieu à la morgue (*necrotario*) ; c'est là encore un établissement affecté à l'enseignement médical qui n'a rien à envier à ses congénères européens. Le *laboratoire d'histologie* est installé de façon qu'il permet l'accès à 80 élèves à la fois. Plus de 60 microscopes, des microtomes, tournettes, les réactifs nécessaires, et enfin tout ce qu'exige la technique moderne, sont à la disposition des étudiants. *Anatomie pathologique.* C'est dans ce laboratoire où ont lieu les autopsies qui intéressent les différents services cliniques ; elles sont faites par les adjoints de clinique, assistés du préparateur de ce laboratoire et devant les élèves. Les différents cas d'autopsies sont enregistrés en détail dans un livre spécial confié au secrétaire de l'école ; ensuite on prend copie de ces cas, et on les adresse au chef du service intéressé. Les exercices pratiques d'anatomie pathologique comprennent en somme, d'une part, la technique des autopsies, et, d'autre part, l'histologie pathologique.

Enseignement clinique. — L'enseignement clinique se fait à l'*hôpital de la Misericordia*, vaste établissement, contenant plus de 1.200 lits. Cet hôpital dépend d'une confrérie laïque, laquelle, moyennant certaines prérogatives accordées par l'Etat, met ses salles à la disposition de la Faculté pour les besoins de son enseignement clinique. Cet enseignement comprend neuf cliniques : *deux cliniques chirurgicales, deux cliniques médicales, une clinique gynécologique et obstétricale, une clinique mixte de maladies des enfants, une clinique ophtalmologique et enfin une clinique psychiatrique*. Les chaires de clinique chirurgicale sont professées par le conseiller *baron de Saboia*, doyen de la Faculté, d'une part, et le *Dr Lima Castro*, d'autre part; les professeurs de clinique médicale sont le *baron de Torrès Homem* et le *Dr Martins Costa* ; la clinique obstétricale et gynécologique est dirigée par M. le *Dr Erico Coelho*; la clinique mixte des maladies des enfants, par M. le *Dr Barata Ribeiro*; la clinique ophtalmologique, par M. le *Dr Hilario de Gouvêa* ; le professeur de la clinique et policlinique des maladies cutanées et syphilitiques est le *Dr Gabizo* ; la clinique psychiatrique est sous la direction du *Dr J.-C.-T. Brandão*. Les professeurs de clinique chirurgicale et de clinique médicale ont sous leur direction deux adjoints en médecine ou en chirurgie et deux internes : les autres professeurs de clinique n'ont qu'un seul adjoint ; le nombre des internes est le même. Les médecins ou chirurgiens adjoints de clinique sont obligés de faire des cours auxiliaires sur des sujets tels que : *thermométrie clinique*, *orthopédie*, *les pansements*, etc., etc. Chaque service de clinique se compose de 60 lits. Depuis 1875, dans tous les services de chirurgie, les *pansements antiseptiques* sont rigoureusement employés. C'est là encore un progrès dû au professeur baron de Saboia, qui, le premier, a mis en pratique, au Brésil, le pansement de Lister. La *Clinique psychiatrique* se tient à l'hospice D. Pedro II, magnifique établissement ayant une population de 800 aliénés. Son administration dépend également de la *Santa Caza de Misericordia*.

Bibliothèque. — Comme complément de son enseignement, la Faculté de médecine de Rio de Janeiro possède une bibliothèque et un musée. La bibliothèque renferme 35,000 volumes, en langues portugaise, française, anglaise, allemande, italienne, espagnole, latine, etc. Plus de 120 journaux en différentes langues enrichissent annuellement sa collection. Les crédits qui lui sont affectés sont aujourd'hui de 10,000 fr. Elle est ouverte tous les jours, de 9 heures à 2 heures de l'après-midi et de 6 heures à 9 heures du soir. Nous

tenons à signaler ici un important travail entrepris par son infatigable bibliothécaire, M. le Dr *Carlos Costa*, qui sous le nom d'*Annuario Medico Brasileiro*, dont le premier volume vient de paraître, a commencé à réunir tous les travaux intéressant les sciences médicales, dont les auteurs sont des nationaux ; que ces publications aient eu lieu ou non au Brésil ; c'est un véritable *Index medicus brésilien* appelé à rendre grands services à la littérature médicale brésilienne. L'idée de ce travail remonte à 1885, époque où le Dr Carlos Costa, bibliothécaire, organisa une exposition des travaux brésiliens intéressant les sciences médicales.

Sous le patronage de la Faculté, il se publie, depuis 1884, sous le nom de *Revista dos Cursos theoricos e praticos da Faculdade de medicina do Rio de Janeiro*, une revue dont six numéros, ayant de 250 à 350 pages, sont déjà parus, ces numéros contiennent des mémoires originaux concernant des études pratiques, les recherches utiles faites dans les laboratoires ainsi que les observations et leçons sur les cas importants des cliniques.

Le musée *anatomo-pathologique* de la Faculté de Rio est tout à fait digne de remarque : il se compose de magnifiques collections de pièces en cire reproduisant les cas intéressants observés aux cliniques de Rio. Parmi ces collections, on nous a signalé, à juste titre, celle qui a été commencée, sous l'habile direction du Dr Ossian-Bonnet et qui a trait particulièrement aux cas appartenant à la pathologie brésilienne ; cette collection est aujourd'hui considérablement augmentée par le Dr Marconde-Rezende, directeur actuel du musée. Le moulage des pièces est exécuté par M. Anaeda, artiste italien, engagé à cet effet par la Faculté.

Frais d'études. — Les droits à payer comprennent ceux de la matriculation et ceux d'examens ; pour les cours de médecine, ils s'élèvent à 612 $ reis, soit 1,530 francs ; pour les cours de pharmacie, à 306 $ reis, soit 765 francs ; pour les cours d'obstétrique, à 204 $ reis, soit 510 francs, et enfin pour les cours d'odontologie, à 306 $ reis, soit 765 francs.

Enseignement libre. — La Faculté de médecine accorde aux docteurs en médecine, pharmaciens ou dentistes, qui en font la demande, la permission de faire dans son enceinte des cours gratuits ou payants. Les praticiens étrangers, qui sont autorisés à exercer au Brésil, jouissent des mêmes prérogatives. Toutefois, le professeur libre doit soumettre son programme à l'approbation de la Faculté ; son cours restant toujours sous la surveillance du doyen de la Faculté. Les femmes sont admises à tous les cours.

Personnel de la Faculté. — Les Facultés de Médecine sont placées immédiatement sous la dépendance du Ministre de l'intérieur. Leur budget qui est très élevé est réglé par le Corps législatif. Elles n'ont pas de revenus spéciaux. Ce budget pour 1886 était pour chacune des deux Facultés de Rio et de Bahia de : Personnel enseignant : 204 contos de reis, soit 510,000 francs. Personnel du secrétariat, de la bibliothèque et des laboratoires, 103 contos, soit 257,500 francs. Frais de matériel 146 contos, soit 365,000 francs. Total pour les deux Facultés de l'empire, *deux millions deux cent soixante et quinze mille francs*. — *Directeur.* La direction de la Faculté et du personnel est confiée à un Doyen nommé par le Gouvernement ; il prend le titre de Directeur ; il est suppléé par un Vice-Directeur ; tous deux sont choisis parmi les Professeurs. — *Congrégations.* L'inspection scientifique de la Faculté appartient à la Congrégation, ou réunion plénière des professeurs titulaires. Le Directeur en est le Président. — *Professeurs.* Les Professeurs après 25 ans d'exercice ont droit à la retraite avec les 2/3 de leurs appointements : la retraite est *obligatoire* après 30 ans, mais avec la totalité de leur paye. Les appointements des Professeurs sont de quatre contos et huit cent milreis par an, soit 12,000 francs. — *Concours pour le professorat.* Les Professeurs sont nommés par décret sur présentation par la Faculté, après un concours auquel sont admis les Docteurs en Médecine de nationalité brésilienne, ayant obtenu leur grade d'une Faculté de l'Empire ou d'une Faculté étrangère. Les Docteurs en Médecine, étrangers au Brésil, peuvent aussi se présenter au concours, s'ils parlent correctement le portugais ou le *français* ou s'ils ont obtenu leur grade après avoir soutenu une thèse. Les étrangers nommés Professeurs ne peuvent recevoir leur titre qu'après avoir obtenu la naturalisation brésilienne. Les épreuves de ce concours sont : 1° La présentation d'une thèse sur un sujet choisi par le candidat et sa défense en public contre l'argumentation de trois professeurs ; 2° Une épreuve écrite, sans préparation, sur un point tiré au sort parmi ceux choisis par une commission de professeurs ; 3° Une épreuve orale publique, 24 heures après le tirage au sort du sujet de cette leçon ; 4° Une épreuve pratique, consistant en expériences ou préparations ayant trait à la place en concours. Le candidat doit ensuite expliquer et justifier ses préparations, analyses ou diagnostics ; 5° Une épreuve orale d'improvisation sur un sujet tiré au sort. Une heure est accordée au candidat pour coordonner ses idées sans recourir à aucun livre ou auxiliaire quelconque. — *Adjoints.* Les professeurs adjoints sont aussi nommés par décret après concours, mais pour le terme de dix ans. Les épreuves de ce concours sont les mêmes que celles exigées pour les chaires de professeurs titulaires, sauf l'épreuve orale d'improvisation et la thèse qui sont supprimées. Les adjoints perçoivent un traitement de 2 contos et quatre cent milreis, soit 6,000 francs par an. — *Préparateurs.* Peuvent concourir aux places de préparateurs, en outre les Docteurs en Médecine, les Pharmaciens et les Dentistes pour les laboratoires respectifs. Les épreuves demandées sont une épreuve écrite, une épreuve pratique relative à la matière du laboratoire, et une exposition orale sur un point tiré au sort, avec vingt-quatre heures de préparation. Les appointements des Préparateurs sont les mêmes que ceux des Professeurs adjoints. Leur nomination a lieu par Décret pour le terme de dix ans. — *Voyages scientifiques.* Tous les deux ans, chaque Faculté indique au gouvernement un Professeur ou un Adjoint, afin qu'il soit chargé de faire aux frais de l'Etat, des investigations scientifiques au Brésil, ou pour qu'il soit envoyé en pays étranger étudier les améliorations accomplies dans les méthodes d'enseignement, examiner les établissements et institutions médicales ou compléter ses études.—*Publications d'œuvres de science.* Afin d'encourager la publication de livres de sciences médicales en langue portugaise, l'Etat se charge de l'impression de toute œuvre écrite par un membre du personnel enseignant, si celle-ci en est jugée digne par la Congrégation de la Faculté ou par une commission d'hommes compétents nommés par le gouvernement. Il peut même être alloué une récompense à l'auteur, pouvant s'élever à la somme de 5,000 francs, suivant l'importance du travail. — *Prix.* L'élève qui, ayant complété ses études médicales ou pharmaceutiques en obtenant toujours la note : « distinction », et qui est classé premier étudiant par la faculté, a droit comme prix à aller en Europe aux frais de l'Etat, s'appliquer aux études pratiques pour lesquelles il a de la prédilection ou qui lui sont désignées par la faculté. Deux prix ont en outre été institués par deux généreux donateurs. *Prix Gunning.* Il a été offert par le Dr Gunning, médecin anglais ayant fait sa fortune au Brésil. Il se compose des revenus de trente-cinq actions de la Banque du Brésil, et doit être distribué tous les quatre ans à l'élève qui aura étudié avec le plus de distinction l'histoire naturelle au Brésil, afin qu'il puisse se rendre en Europe continuer ces études. — *Prix Manoel Feliciano.* Ce prix a été institué par le baron de Ibituruna, médecin distingué de Rio-de-Janeiro, ancien élève du Dr Manoel Feliciano, ancien professeur de clinique chirurgicale. Il consiste en une médaille en or, attribuée à l'élève qui aura écrit la meilleure thèse de clinique chirurgicale.

Collation des grades. — Le jour où le grade de docteur est conféré aux jeunes médecins, est l'occasion d'une grande fête. Cette cérémonie a lieu à Rio, en présence de la famille impériale, des ministres, des professeurs et de tout un public composé de docteurs et de l'élite de la Société.

T. Colombie.

Dans la Colombie, il existe également, depuis 1866, une Université qui comprend quatre Ecoles, dont une de médecine. Cette Ecole est desservie par vingt-trois professeurs dont la plupart sont docteurs de la Faculté de Paris.

Le plan d'études est, à peu de chose près, le même qu'à la Faculté de Paris. Ainsi, l'Université de Colombie donne deux titres : *licencié* en médecine, et *docteur-médecin chirurgien*. Les études qu'il faut faire pour avoir le titre de licencié sont les mêmes que la Faculté de Paris exige pour donner le titre d'officier de santé. Pour pouvoir prendre des inscriptions pour le doctorat, il faut, de même qu'à Paris, avoir les deux diplômes de bachelier ès sciences (restreint) et de bachelier ès lettres.

Les études pour le doctorat se font en six années scolaires. L'Ecole dispose d'un laboratoire de chimie et d'une collection d'histoire naturelle assez complète. Les travaux pratiques de dissection, de médecine opératoire et d'anatomie pathologique se font assez bien. Les travaux pratiques d'histologie sont insuffisants.

Quant à l'enseignement clinique, il se fait dans un hôpital qui contient 300 lits pour les services de médecine et chirurgie, 40 lits pour les services d'accouchements et de gynécologie et 50 lits pour les enfants malades. Il y a un professeur pour chacun de ces services. Le nombre moyen d'élèves qui suivent les cours monte à environ 150. En général, le niveau des études médicales est assez élevé, vu les ressources du pays. On s'accorde à déclarer que l'Université des Etats-Unis de Colombie est une des plus avancées parmi les Universités de l'Amérique du Sud, sauf peut-être celles du Brésil.

U. Cuba.

L'étudiant cubain est intelligent, laborieux et enthousiaste, mais il se voit obligé à travailler démesurément. On ne fait rien pour faciliter au jeune élève de la Faculté de Médecine les moyens de rendre agréables, faciles et compréhensibles les arides études de sa carrière. Tout est abandonné à l'initiative et au bon vouloir de l'étudiant. Pour s'en convaincre, il suffit de parcourir l'Amphi-

théâtre anatomique, principalement la salle destinée aux dissections : on y trouve de nombreux groupes d'étudiants occupés à ces exercices nécessaires, et rarement on y voit quelqu'un qui les dirige et les stimule. Ils sont là, accomplissant journellement leur devoir dans les pires conditions, sans bonne ventilation, et avec un éclairage insuffisant. Le musée ne possède que fort peu de préparations en cire, de planches, d'instruments, etc., de telle sorte que les jeunes cubains sont dans la nécessité de se procurer, à grands frais, de bons atlas et des instruments. Ceux qui sont les plus avancés dans leurs études assistent aux cliniques dans les hôpitaux situés aux extrémités opposées de la ville de la Havane. On se rend à l'un deux en chemin de fer ; de là, il faut faire un certain trajet dans la montagne, sous l'action énervante du soleil de notre climat, pour se rendre à l'établissement sanitaire. Malgré de si grands inconvénients et de semblables pertes de temps et d'argent, on voit des étudiants se presser dans les salles des cliniques, avides d'apprendre et de savoir.

Ils sont habitués aux auteurs français, et il est très commun parmi eux de savoir traduire la langue de ces maîtres. Les classiques dont ils se servent pour l étude sont des livres d'auteur français : *Anatomie* de Sappey pour le 1[er] et le 2[me] cours ; Béclard et Claude Bernard, pour le cours de *physiologie* ; Gubler et Dujardin-Beaumetz, pour la *thérapeutique* ; Jaccoud et Laveran pour la *pathologie médicale* ; Foltin pour la *pathologie chirurgicale* ; dans les cliniques, ce sont toujours les leçons publiées par les cliniciens français qui servent de guide.

De nos hôpitaux sont sortis, depuis 8 à 10 ans, une série très remarquable d'internes, qui, comme les internes français, ont recueilli sur le terrain clinique une riche moisson de connaissances médicales. — Mais, dans les hautes sphères et à l'Université, on n'apprécie pas assez les places conquises, par le concours dans les hôpitaux, et il en résulte un esprit de rivalité de mérite au point de vue de la valeur scientifique, entre les professeurs du collège de médecine et le corps médical des hôpitaux.

Il se publie à la Havane *six journaux de médecine* dont quelques-uns sont des plus instructifs. Nous avons trois centres officiels où, chaque semaine, se réunissent les associés, pour se communiquer les conquêtes réalisées dans le champ de médecine ; ce sont la *société d'études cliniques*, la *Société anthropologique*, et l'*Académie des sciences médicales*.

Il existe en outre plusieurs *laboratoires d'histologie*, dont l'un est à la hauteur des meilleurs de l'Europe. Il est dirigé par un cubain, le Dr Santos Fernandez, et fréquenté par un groupe important de médecins de la ville. On y pratique les inoculations antirabiques de Pasteur, avec de bons résultats jusqu'à présent.

Beaucoup de médecins cubains reçoivent un grand nombre des pubications médicales étrangères, brochures, thèses de doctorat, etc., et tiennent à orgueil d'être au courant des derniers progrès et des plus récentes conquêtes de la science.

V. Chili.

Le Chili ne possède qu'une seule Université, celle de Santiago qui exige des candidats au grade de docteur en médecine (lequel confère le droit d'exercice) un examen préliminaire, et six années d'études, avec examens portant sur toutes les branches de l'art de guérir.

W. Pérou.

L'Université de Lima, qui, seule, délivre des diplômes médicaux, confère le grade de licencié et celui de docteur : ce dernier titre est purement honorifique, et tout licencié peut l'obtenir. La durée des études est de sept ans ; les examens sont au nombre de cinq. Le gouvernement a, l'année dernière, institué une commission chargée de rédiger un projet de réforme de l'enseignement médical.

X. Venezuela.

On y trouve deux Universités, celle de Caracas et celle de Mérida. Leurs programmes et leurs règlements sont presque identiques à ceux de l'Université de Lima.

Y. Uruguay.

La Faculté de médecine de la république de l'Uruguay a été fondée en 1876 à Montévideo.

Les chaires, de plus en plus fréquentées, sont données au concours, auquel ont droit de prendre part les docteurs en médecine de tous les pays. Les cours sont divisés de la manière suivante :

1[re] année (9 mois de cours). — Histoire naturelle, physique et chimie médicales, anatomie descriptive et dissection.

2[me] année. — Anatomie descriptive et topographique, dissection, physiologie, hygiène, pathologie générale, anatomie pathologique.

3[me] année. — Pathologie interne et externe, matière médicale et thérapeutique. Cliniques interne et externe.

4[me] année. — Médecine légale et toxicologie. Cliniques médicale et chirurgicale. Médecine opératoire, appareils et bandages.

5[me] année. — Accouchements et maladies de femmes. Cliniques médicale et chirurgicale.

Les examens partiels ont lieu à la fin de l'année. Il faut, pour être reçu docteur, passer, en outre, un examen général de toutes les matières qui ont fait l'objet des examens partiels, et soutenir une thèse pour un sujet choisi par le candidat.

Les auteurs, les plus généralement suivis par les élèves, sont les professeurs de la Faculté de Paris.

Le nombre de sujets pour l'anatomie et les opérations est plus que suffisant, car un décret du ministère, met à la disposition de la Faculte les cadavres de tous ceux qui, étant morts à l'hôpital, ne sont pas réclamés, par les parents ou amis, dans les 4 heures qui suivent le décès (1).

Z. République Argentine.

La République Argentine possède deux Universités pourvues de Facultés de médecine et délivrant des diplômes de docteur (2). Ce sont les Universités de *Buenos-Aires* et *Cardova*. Nul ne peut exercer légalement la médecine sur le territoire de la République s'il n'a passé l'examen de doctorat. Tout étudiant, pour entrer à l'école et se faire inscrire sur les registres de la Faculté, doit présenter son diplôme de bachelier et avoir l'âge de seize ans. La présence aux cours et aux cliniques est obligatoire pour tous les étudiants. Ceux qui, dans le cours de l'année, ont manqué trente fois aux appels du professeur, ne peuvent passer leur examen. Cependant la Faculté fait exception pour les matières de première et de seconde année. La durée des études médicales est de six années, réparties de la manière suivante. Première année : anatomie descriptive et dissection, Dr Catan ; histologie, Dr Tamini. 2e année : pathologie générale, Dr J. Baca ; physiologie, Dr J.-M. Astegueta ; histologie pratique, Dr Tamini ; anatomie topographique et dissection, Dr Catan. 3e année : matière médicale et thérapeutique, Dr A. Mattos ; hygiène, Dr Crespo. 4e année : pathologie externe, Dr L Montes de Oca ; médecine opératoire, Dr Novaro ; clinique des maladies des femmes, Dr Pinto. 5e année : clinique ophthalmologique, Dr Aguirre ; clinique chirurgicale, Dr Pirovano ; pathologie médicale, Dr Araur ; accouchements (premier cours), Dr Pardo ; clinique médicale, Dr Peralta. 6e année : clinique des maladies des enfants ; Dr Blancas ; toxicologie, Dr Wilde ; clinique médicale (deuxième cours), Dr Peralta ; clinique d'accouchements, deuxième cours : Dr Pardo. Les cours de pharmacie comprennent la pharmacie pratique et la chimie pharmaceutique.

Les cours ont lieu du 1[er] mars au 31 octobre. L'examen général est divisé en trois parties : la première partie comprend les matières de 1re et 2e année ; la seconde, celles de 3e et 4e année, et la troisième celles de 5e et 6e année. Comme complément à l'examen général, il faut exécuter une préparation anatomique et faire une épreuve de physiologie expérimentale. Le diplome de docteur est obtenu après la présentation d'une thèse. La Faculté comprend deux ordres de professeurs : les titulaires et les agrégés. Les premiers sont nommés par le gouvernement et choisis d'après une liste présentée par la Faculté ; ils sont nommés à vie et touchent 12.000 francs d'appointements par an. Les agrégés sont nommés par la Faculté. L'enseignement clinique a lieu dans l'hôpital des *Cliniques* qui a été donné par le gouvernement à la Faculté ; celle-ci en a la direction. Cet hôpital, bâti en 1880, est composé de cinq pavillons, séparés par des jardins. Chaque pavillon comprend un rez-de-chaussée et un premier étage. Les salles contiennent trente lits, un cabinet pour le professeur, un amphithéâtre de cours et les cabinets de consultation complètent ces pavillons. Les malades sont ainsi répartis dans les diverses cliniques : 1° les cliniques médicale, ophthalmologique, chirurgicale, des maladies syphilitiques et cutanées, possèdent chacune soixante lits ; 2° les cliniques de maladies des enfants, de maladies des femmes, trente lits. La clinique des maladies mentales siège à l'hôpital de *las Mercedes*. La clinique d'accouchements est installée provisoirement à l'hôpital de *Mugeres*, en attendant l'achèvement du pavillon destiné à la maternité, lequel sera bientôt inauguré à la nouvelle Faculté. Tous les services cliniques sont pourvus d'une collection complète d'instruments. La méthode de Lister est suivie dans toute sa rigueur. Le service médical est fait par le professeur, accompagné d'un chef de clinique et de deux internes. Les chefs de cliniques et les internes sont nommés par la Faculté et choisis parmi les étudiants qui ont obtenu les meilleures notes. Le personnel administratif est laïque et placé sous la direction d'un docteur en médecine, tandis que les soins à donner aux malades sont confiés à des religieuses. L'enseignement pratique est donné dans les laboratoires de physiologie, d'histologie, d'anatomie pathologique, de bactériologie et dans l'amphithéâtre d'anatomie. Le personnel enseignant se compose du professeur, du directeur des travaux, docteur en médecine, et de trois adjoints, pour chaque laboratoire. Les laboratoires sont pourvus des instruments et réactifs chimiques nécessai-

(1) Nous remercions le Dr de Saltorain, secrétaire de cette Faculté, à qui nous sommes redevables de ces renseignements.

(2) Nous devons ces renseignements à M. le Dr Carlos Madariaga, attaché à la légation argentine en France.

res ; le tout est mis *gratuitement* à la disposition des élèves pour leur instruction et pour les recherches scientifiques. Le directeur du laboratoire d'anatomie pathologique est chargé du service des autopsies. Elles sont faites sous sa direction immédiate, par les étudiants de quatrième année. Les exercices de dissection pour les étudiants de première et seconde année ont lieu tous les jours, de une heure à quatre heures. Les cours pratiques de médecine légale ont lieu deux fois par semaine. Dernièrement, on a inauguré le laboratoire de bactériologie qui porte le nom d'*Institut Pasteur* pour rendre un juste hommage au savant illustre qui a immortalisé son nom par ses grandes découvertes. Cet institut servira d'école à l'enseignement et sera destiné en même temps au traitement de la rage. Dans ce laboratoire, on a déjà traité trois enfants mordus par un chien enragé ; le virus employé dans ces inoculations provient d'un lapin du laboratoire de M. Pasteur, qui fut apporté à *Buenos-Aires* par le Dr Davel. C'est ainsi que *Buenos-Aires* a été la première ville de l'Amérique du Sud qui a mis en pratique le système du savant Français. La Faculté de *Cordova*, inaugurée en 1878, a la même organisation que celle de *Buenos-Aires*. La durée de l'enseignement est de six années. Les matières enseignées sont les suivantes : chimie pharmaceutique, Dr Delaperrière, anatomie descriptive et topographique, Dr Gomes ; histologie, Dr Barras ; dissection, Dr Pape ; physiologie, Dr Smit ; pathologie générale, Dr Moyano ; matière médicale et thérapeutique, Dr Cadenas, hygiène, Dr Alvarès ; anatomie pathologique, Dr Mesa ; pathologie chirurgicale, Dr Lopes ; clinique d'accouchements et maladies de femmes, Dr Rossi ; médecine opératoire, Dr Piccisnini ; clinique ophthalmologique, Dr Smit ; clinique médicale, Dr Ortis ; clinique chirurgicale, Dr Smit ; clinique des maladies des enfants, Dr A. Ortis ; médecine légale, Dr Massé. Pour l'enseignement pratique, la Faculté possède des laboratoires d'histologie, physiologie, anatomie pathologique et un amphithéâtre de dissection. La Faculté de *Buenos-Aires* compte environ 400 étudiants, celle de *Cordova* 150.

AA. Etats-Unis d'Amérique.

Les écoles médicales sont libres aux États-Unis. Les divers Etats ne prennent nul souci de l'Enseignement supérieur. L'initiative individuelle bâtit des écoles et se charge à elle seule de faire des médecins, des avocats, des ingénieurs, etc. L'Etat n'intervient que pour inscrire, sur les registres officiels, les diplômes qui lui sont présentés. L'Administration ne se refuse jamais à cette formalité ; néanmoins, depuis quelques années, certains *conseils de santé* (Boards of health) se montrent assez sévères pour certains diplômes, obtenus d'une façon un peu trop irrégulière. Les étudiants abandonnés par l'Etat, sont attirés par une foule d'écoles médicales libres ; il y en a au moins une dans chaque ville principale des Etats Unis. Les plus grandes villes, telles que New-York, Philadelphie, Boston, Chicago, San Francisco, possèdent chacune trois ou quatre écoles, sans parler des écoles *homœpathiques*, des écoles *éclectiques*, des écoles de *femmes*.

Ces écoles sont généralement annexées à un hopital qui fournit un matériel suffisant pour la clinique. On y enseigne l'anatomie, la physiologie, l'anatomie pathologique, la chimie médicale et une foule de spécialités et de sciences accessoires. Le programme semble donc des plus complets ; mais ce n'est là qu'un mirage, et, en dépit des apparences, l'organisation de ces écoles est encore fort rudimentaire.

Les étudiants américains sont toujours pressés d'acquérir leur brevet : il n'entendent pas trainer sur les bancs ; ils font le budget exact de leur temps et de leur argent et ils s'adressent à l'Ecole qui ménagera le mieux leurs efforts. Les études durent trois ans ; les épreuves d'admissibilité sont nulles, où elles se réduisent à une sorte de certificat de grammaire ; les examens de sortie ne présentent que peu de garantie ; le prix des études est d'environ quinze cents francs pour les trois années régulières. Si on voulait se montrer plus exigeant, les étudiants auraient vite fait d'abandonner des maîtres trop sévères pour se rendre à l'école rivale. Tel est le résultat d'une concurrence excessive et du désintéressement complet de l'Etat ; les écoles libres, obligées de payer leurs dépenses avec les rétributions des élèves, sont obligées pour ainsi dire de rabaisser l'enseignement, et à cette condition elles obtiennent l'inscription d'un nombre suffisant d'étudiants, pour assurer le fonctionnement de l'école.

Nous devons mentionner néanmoins un certain nombre des mesures qui sont de nature à relever les études médicales aux Etats-Unis. D'abord la plupart des Ecoles ont décidé d'ajouter une *quatrieme année* au cycle scolaire ; il est vrai que cette quatrième année est facultative et que les étudiants ne s'empressent guère d'en profiter. Mais elle deviendra obligatoire dans certaines écoles, telles que l'école de John Hopkin à Baltimore, qui jouit de revenus considérables, qui compte des professeurs éminents et qui n'a pas besoin de la rétribution des étudiants, pour vivre et prospérer. D'autres réformateurs se sont proposés d'élever le niveau des études médicales en rendant les épreuves d'admissibilité a l'école, plus difficiles : c'est ainsi que l'on commence à exiger le latin, à l'entrée de l'école, ou bien la connaissance des sciences naturelles. M. Pepper, le médecin bien connu de Philadelphie, a eu l'heureuse idée de combler cette lacune dans les connaissances générales, de la façon suivante. Il a institué des cours de sciences naturelles, d'algèbre, de littérature, et les étudiants qui les fréquentent reçoivent un brevet spécial, dont ils se prévaudront dans leur carrière future. Les professeurs rivalisent de zèle avec les élèves, pour que les trois années passées à l'école soient aussi fructueuses que possible. La journée de l'étudiant est bien réglée et bien remplie ; des répétiteurs nombreux entraînent les élèves et leur rendent la tâche bien facile. Dans certaines écoles, les étudiants trouvent un repas convenable dans l'établissement scolaire lui-même, et l'on s'arrange pour qu'ils soient logés en ville dans des conditions d'économie suffisante. Une fois munis de leur brevet, les nouveaux docteurs ne tournent pas le dos à l'école pour toujours ; ils y reviennent de temps à autre, lorsqu'ils le peuvent, et ils suivent pendant six semaines des cours qui sont organisés spécialement pour eux et qui ont pour but d'élargir le cadre si restreint de leurs connaissances. Ces cours pour les *post-graduates* sont imités de ce qui se pratique dans les universités d'Allemagne ; ils sont très utiles et nous n'avons qu'un regret, c'est que l'on ne trouve pas de cours analogues en France.

Enfin, il n'est pas un seul médecin américain qui ne rêve un voyage en Europe, pour y voir de près les grands maitres, les Lister, les Lawson-Tait, les Charcot, les Pasteur, les Koch, les Schrœder, les Billroth, et il en est bien peu, parmi eux, qui ne réalise ce rêve tôt ou tard, dans sa carrière médicale. La plupart exécutent ce voyage, dès qu'ils sortent de l'école, et ils viennent en Europe se fixer, pour six mois ou un an, dans une ville universitaire. Nous avons le regret de constater que Paris n'est plus le rendez-vous favori de nos confrères d'outre-mer ; c'est à Vienne qu'ils vont pour la plupart ; ils trouvent dans cette ville, une vie facile, un matériel énorme d'enseignement concentré dans un seul établissement, l'hôpital général ; et par-dessus tout ils profitent d'un enseignement très pratique, très-vivant, donné dans les policliniques, dans les dispensaires nombreux, dirigés par des spécialistes éminents.

En résumé l'organisation des études médicales aux Etats-Unis est bien imparfaite et bien rudimentaire ; néanmoins tout n'est pas à dédaigner et à critiquer dans cet ensemble, et nous retiendrons comme digne d'être imitées, certaines pratiques, telles que la distribution si méthodique de la journée de l'étudiant, les repétions hebdomadaires, dirigées par les professeurs suppléants et les cours de six semaines, professés pour les docteurs, désireux d'arrondir leur bagage scientifique.

Les institutions où l'on enseigne la médecine sont extrêmement nombreuses aux Etats-Unis ; il n'est guère d'Etat qui n'en possède au moins une, et la liste que nous avons sous les yeux, et que nous renonçons à reproduire, n'en contient pas moins de 89. Parmi ces établissements, les uns sont des colléges ou des écoles de médecine ; d'autres sont constitués par la section médicale des universités ; l'origine de quelques-unes est fort ancienne : l'Université de Pensylvanie a été fondée en 1768 ; le collége des médecins et chirurgiens de New-York remonte à 1769 ; enfin l'Université de Harward, fondée en 1783, célébrait son centenaire avec un grand éclat il y a quatre ans (17 octobre 1883). Nous ne pouvons songer à donner des renseignements, même sommaires, sur des universités aussi nombreuses, aussi disparates entre elles, et nous devons nous borner à quelques détails sur les principaux centres d'enseignement médical.

L'Université de Pensylvanie, bien pourvue de laboratoires, délivre le diplôme de docteur en médecine aux candidats qui sont âgés de 21 ans au moins, qui sont de bonne vie et mœurs, qui ont suivi les cours de médecine pendant trois ans au moins, composé une thèse et subi leurs examens avec succès ; elle compte parmi ses professeurs MM. W. Pepper, R. Penrose, Alfred Stillé, Hayes Agnew, W. Goodell, Horatio Wood, John Ashurt jun., L. Duhring, etc.

L'Université de Harvard (Boston), l'une des plus importantes des Etats-Unis, exige depuis trois ans de ses candidats, avant toute immatriculation, un certificat d'études ou un examen préliminaire. La durée réglementaire des études est de trois ans, mais l'Université engage très vivement les étudiants à ne pas consacrer moins de quatre ans à leurs études. Les élèves sont divisés en classes suivant qu'ils sont plus ou moins avancés ; les candidats au diplôme doivent être âgés de 21 ans au moins, avoir étudié la médecine trois ans au moins, et de préférence quatre ans (le cours d'études est divisé en quatre années), avoir passé à l'école au moins une année sans interruption, avoir subi un examen écrit sur toutes les matières prescrites, et avoir présenté une thèse. Cette Université compte parmi ses professeurs MM. Ch. Eliot, Bowditch, Oliver Holmes, H. Bigelow, Cheever, R. Edes, J. Otis, A. Post, J.-J. Putnam, Cadwick, etc. Il faut signaler en outre à Boston le collége des médecins et des chirurgiens.

Le collége des médecins et chirurgiens de New-York, également connu sous le nom de Faculté de médecine du collége de Columbia, ne comprend pas moins de dix cliniques, se rapportant à toutes les branches de l'art de guérir ; les cours, au nombre de deux à six par jour, y sont obligatoires ; la durée des études ne peut être inférieure

à trois ans, et l'examen final est suivi de la présentation d'une thèse. Ce collège compte parmi ses professeurs MM. Dalton (physiologie), Alonzo Clark (médecine pratique), Gaillard Thomas (gynécologie clinique), Delafield (anatomie pathologique), A. Jacobi (maladies des enfants), F. Otis (clinique des maladies syphilitiques), E. C. Seguin (maladies du système nerveux), Lefferts (laryngoscopie).

L'Université de la ville de New-York possède aussi un personnel enseignant considérable, où figurent les noms de MM. A. Post, A. Loomis, Polk, Winters, etc. Les professeurs de clinique ont à leur disposition les hôpitaux de Bellevue et de la Charité, et les élèves sont admis à suivre ces cours gratuitement; il y a en outre au collège huit cliniques par semaine et cinq cours par jour, ainsi que des exercices pratiques; les dissections durent toute l'année et sont gratuites. Les examens de fin d'études sont au nombre de deux; ils peuvent être subis séparément ou en même temps.

Le collège médical de Bellevue compte parmi ses professeurs MM. Isaac Taylor, Fordyce Barker, Austin Flint, Lewis A. Sayre, Austin Flint jun., J. Bryant, Beverley Robinson, H. Noyes, J. P. Gray, etc. Il faut signaler dans l'état de New-York, la modeste Université du Niagara, dont le siège est à Buffalo, et qui durant l'année scolaire 1883-1884 possédait treize étudiants.

Enfin, c'est ici le lieu de dire quelques mots d'une excellente institution fondée à New-York il n'y a guère plus de quatre ans, et dont le plein succès a démontré l'utilité; nous voulons parler du Post-Graduate medical School and Hospital. Cet établissement ne confère point de grades, et n'admet que des médecins déjà diplômés; il est destiné à combler les lacunes que l'étudiant peut avoir laissé subsister, durant ses études scolaires, dans son instruction clinique générale ou spéciale; il a pour but aussi, et ce n'est pas la moins utile des attributions qu'il s'est données, de familiariser les praticiens qui exercent déjà depuis un temps plus ou moins long avec les méthodes et les découvertes nouvelles, inconnues ou mal connues à l'époque de leurs études, et aussi de leur familiariser l'étude de telle ou telle branche spéciale de la médecine vers laquelle ils se seraient trouvés tardivement entraînés par le courant de leur pratique. Cette école dès aujourd'hui florissante est excellemment outillée en vue de l'enseignement qu'elle distribue; elle compte parmi ses professeurs MM. James Little, William Hammond, F. Sturgis, E. Spitzka, E. Partridge, C. Dana, Ambrose Ranney, Mme Mary Putnam Jacobi, etc.

Le Collège médical Jefferson, à Philadelphie, confère le grade de docteur en médecine aux candidats qui produisent un certificat de bonne vie et mœurs, qui sont âgés de 21 ans au moins, qui ont satisfait aux examens prescrits, et qui ont présenté une thèse de médecine composée et écrite par eux-mêmes. Ce collège ne délivre pas de diplômes honorifiques. Dans la liste de ses professeurs figurent les noms de MM. Roberts Bartholow, H. Chapman, J. M. Da Costa, W. H. Pancoast, T. Parvin etc.

La Faculté de médecine de l'Université de la Louisiane dispose, pour son enseignement clinique, de l'hôpital de la Charité, qui contient 700 lits de médecine, de chirurgie et d'accouchements. L'administration de l'hôpital nomme chaque année 12 élèves résidents, qui sont entretenus aux frais de l'établissement; les vacances qui se produisent sont comblées par la voie du concours. Les candidats aux diplômes doivent être âgés de 21 ans, avoir trois ans d'études, avoir suivi régulièrement les cours pendant deux termes, et avoir subi l'examen d'une manière satisfaisante.

AB. Canada.

La puissance du Canada (Dominion of Canada) comprend sept provinces, dont trois ne possèdent pas de corps enseignant la médecine, à savoir : Nouveau Brunswick, Ile du Prince Edouard et la Colombie Anglaise. La 4e, Manitoba, capitale Manitoba, possède le Manitoba médical Collège, dépendant de l'Université de Montréal; la 5e, la Nouvelle Ecosse, population 440,885, capitale Halifax, possède une Faculté de Médecine, le « *Halifax Medical College* » fondé en 1867. L'élève est tenu de suivre six mois de cours pendant trois ans consécutifs. La sixième province d'Ontario, population 1,913,460, nombre de médecins 1,70?, possède six Ecoles de médecine, à savoir : La « *Toronto School of Medecine*, de Toronto, affiliée à l'Université de Toronto. Fondée en 1843; sessions annuelles de 6 mois. Exige quatre années d'études.— La « *Trinity medical School,* » de Toronto, affiliée à l'Université du collège de la Trinité et à l'Université de Toronto, fondée en 1850. Sessions annuelles de six mois. Exige 4 années d'études. — Le « *Women's medical College* » (Homœopathe de Toronto, fondé en 1883. Les femmes seules sont admises. — Le *College Royal* des médecins et chirurgiens de Kingston, fondé en 1854. Sessions annuelles de 6 mois. Exige 3 ou 4 ans d'études. — Le « *Women's Medical College* » de Kingston. Fondé en 1883, n'admet que les femmes. — Le *Département Médical* du Western University, fondé en 1882. Sessions de 6 mois. Exige 3 ans d'études.

La Province de Québec, population 1,358,469, possède cinq facultés de médecine, dont une à Québec et quatre à Montréal. Citons la Faculté de médecine de l'Université Laval à Québec qui a été fondée en 1852, et la Faculté de médecine de l'Université Mac Gill, à Montréal, fondée en 1824. Session annuelle de six mois, obligatoire; session d'été, facultative (Voir p. 380). Exige quatre années d'études.— L'Ecole de médecine et de chirurgie de Montréal, fondée en 1843, est affiliée à l'Université Victoria. — Le Bishop's Collège de Montréal, fondé en 1870. Session de 6 mois, années d'études. (Voir *Universités étrangères de langue française*).

En outre, chaque province possède son « Acte concernant la pratique de la médecine » et dans chaque province tous les médecins réunis forment un corps légalement constitué, connu sous le nom de « collège des médecins et chirurgiens de la Province de... » Ce collège élit un bureau de représentants pour l'expédition des affaires. Ces collèges possèdent beaucoup de privilèges. Ce sont eux qui ont charge de faire appliquer la loi médicale, qui règlent la durée des cours dans les Ecoles, définissent les qualifications requises des aspirants à l'étude de la médecine, qui contrôlent les examens dans toutes les facultés de médecine et nul ne peut pratiquer la médecine sans être muni d'une licence du collège de la Province (1).

VARIA

Palais des Sociétés savantes,

Sociétés ayant leur siège à l'Hôtel des Sociétés savantes: 28, rue Serpente et rue des Poitevins, n° 14.

Association Française pour l'avancement des Sciences: Bureaux et Secrétariat. — *Société Entomologique de France*: Secrétariat, Bibliothèque. Séances les 2e et 4e mercredis de 8 à 10 heures du soir. Président : Kunckel d'Herculais. Bibliothécaire : M. Leveillé. — *Société de Médecine Pratique* : Secrétariat. Séances tous les jeudis de 4 à 6 heures. Président : M. le Dr Dujardin-Beaumetz ; Secrétaire-général : M. le Dr Gillet de Grandmont. — *Société de Médecine vétérinaire pratique*: Séances le 2e mercredi du mois de 3 à 6 heures. Président : M. G. Butel, médecin vétérinaire. — *Société obstétricale et gynécologique* : Séances le 2e jeudi du mois de 4 à 6 heures. Président: Dr Guéniot. Secrétaire-général : Dr Charpentier. — *Société de Stomatologie* : Séances le 3e lundi du mois, de 8 à 10 heures du soir, Président : N..; Trésorier : Dr Moreau Marmont. — *Société médico-pratique* ; Séances : les 2e et 4e lundis de 4 à 6 heures. Président : N..; Secrétaire-général : Dr Cyr. — *Société de thérapeutique* : Séances les 2e et 4e mercredis de 4 à 6 heures. Président : N... Secrétaire-général : Dr Constantin Paul. — *Société d'Ophtalmologie de Paris* : Séances le 1er mardi du mois de 8 h. 1/2 à 10 h. 1/2 du soir. Président : Dr Chevallereau ; Secrétaire-général : Dr Gorecki. — *Société de Médecine publique et d'Hygiène Professionnelle* : Secrétariat. Séances le 4e mercredi du mois de 8 à 10 heures du soir. Président : N..; Secrétaire-général : Dr Napias. — *Société d'Otologie et de Laryngologie*: Congrès : (date à fixer). Le dernier a eu lieu les 26, 27 et 28 avril 1888. Président : N..; Secrétaire-général : Dr Moura. — *Société Française d'Ophtalmologie*: Congrès : (date à fixer). Le dernier a eu lieu les 2, 3, 4 et 5 mai 1888. Secrétaire du Comité : Dr Parent. — *Société Mycologique de France* : Séances le 1er jeudi du mois de 1 h. 1/2 à 3 h. 1/2. Président : M. Boudier. — *Société Astronomique de France* : Séances le 1er mercredi du mois de 8 à 10 heures du soir. Président : M. Flammarion. — *Association Polytechnique* : Secrétariat. Séances le 1er jeudi du mois à 8 h. 1/2 du soir. Président : M. Henri de Lapommeraye; Secrétaire-général : M. Delmas. — *Nota.* Cette liste ne comprend que les Sociétés paraissant intéresser spécialement le journal *Le Progrès médical*.

Association générale des Étudiants des Facultés et écoles supérieures de Paris (41, rue des Écoles, 41.)

L'*Association générale des Étudiants* s'est donnée pour but d'établir entre les Elèves des Facultés et Ecoles supérieures de Paris des liens d'amitié et de solidarité. Elle compte 2,200 *membres actifs* et 450 *membres honoraires*. Elle a organisé au siège social *des conférences de droit, des conférences littéraires et scientifiques, des conférences pour les concours de l'Internat et de l'Externat des hôpitaux*, etc. Une *Section de gymnastique* y est en pleine prospérité. Elle publiera un *Bulletin mensuel*. Le siège social comprend : 1° 41, rue des Écoles : l'*Administration*, une *Bibliothèque de 5,000 volumes*, des *salles d'armes, d'hydrothérapie, de conférences*, etc. ; — Au n° 43, rue des Ecoles : un *salon de réception, de lecture* (150 journaux et Revues). Un *café des Étudiants* et des salles spéciales sont réservés aux membres de l'Association.

(1) Voir encore, pour plus de détails, les correspondances de M. Thaon sur *les écoles médicales des Etats-Unis*. (*Progrès médical*, 1884, n°s 40, 43, etc.

Faculté de médecine. *(Derniers renseignements).*

Cours de Clinique des maladies du système nerveux (Hospice de la Salpetrière). — M. le professeur CHARCOT. Leçon clinique le mardi depuis le 28 octobre ; examen des malades le vendredi depuis le 26.

Cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques (hôpital Saint-Louis). — M. le professeur Alfred FOURNIER commencera le Cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques le vendredi 16 novembre 1888, à 9 heures du matin (hôpital Saint-Louis), et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure. Ordre du Cours : les mardis : leçons au lit des malades ; les vendredis : leçons à l'Amphithéâtre (10 heures).

Cours de clinique médicale (hôpital de la Charité). — M. le professeur POTAIN commencera le cours de clinique médicale, à l'hôpital de la Charité, le mardi 6 novembre 1888, à 10 heures, et le continuera les mardi et samedi de chaque semaine à la même heure. La visite des malades aura lieu à 8 heures 1/2 du matin. — Leçons de séméiologie, par M. FOUBERT, chef de clinique, les vendredis à 10 heures ; leçons de chimie pathologique, par M. ESBACH, chef du laboratoire de chimie, les lundis à 10 heures ; leçons de physiologie pathologique, par M. GAUCHER, chef du laboratoire de physiologie pathologique ; les démonstrations d'anatomie pathologique par M. SUCHARD, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, ont lieu tous les jours.

Clinique médicale (Hôtel-Dieu). — M. le Pr G. SÉE commencera le cours de clinique, le lundi 12 novembre 1888, à 9 h. et demie, et le continuera tous les vendredis et lundis suivants à la même heure. Les leçons du lundi seront consacrées à l'étude des maladies du cœur. — M. le professeur CORNIL pratiquera les autopsies, tous les jours à 10 heures (Amphithéâtre Bichat). Le jeudi, à la même heure, conférences pratiques. Il commencera ses conférences le jeudi 15 novembre.

Clinique chirurgicale (hôpital de la Charité). — M. le professeur TRÉLAT commencera le Cours de Clinique chirurgicale, le mercredi 14 novembre 1888, à 10 heures. — Les mercredis et vendredis : leçons à l'amphithéâtre et opérations, à 10 heures. Les lundis : maladies des femmes et étude de pièces au laboratoire; Les mardis, jeudis et samedis, visite des malades, à 9 heures.

Clinique chirurgicale (hôpital Necker). — M. le professeur LE FORT commencera son Cours de Clinique chirurgicale, le mardi 13 novembre 1888, à 10 heures du matin, et le continuera les jeudis et mardis suivants, à la même heure. Tous les jours visite des malades à 8 heures et demie,

Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu). — M. le professeur PANAS commencera le Cours de Clinique ophtalmologique, le lundi 12 novembre 1888, à 9 heures du matin, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. Clinique et opérations à 10 heures. — Exercices ophtalmoscopiques, tous les mercredis.

Clinique d'accouchements et de gynécologie. — M. le professeur TARNIER commencera le Cours de Clinique d'accouchements et de gynécologie, le samedi 10 novembre 1888, à 9 heures du matin (Clinique d'accouchements, rue d'Assas), et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure. Ordre du Cours : mardi et samedi, leçons à l'amphithéâtre. Visite des malades tous les matins à 8 heures et demie.

Cours de médecine légale pratique et conférences pratiques appliquées à la toxicologie. — I. *Cours de médecine légale pratique à la Morgue.* Le Cours de médecine légale pratique commencera à la Morgue le mercredi 7 novembre 1888, à deux heures de l'après-midi, et se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. Ordre du cours : les mercredis, M. le professeur BROUARDEL; les vendredis, M. le Dr DESCOUST, chef du laboratoire de médecine légale ; les lundis, M. le Dr VIBERT, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

II. *Conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie.* — Les conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie, seront faites au laboratoire de toxicologie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf). Ces conférences auront lieu dans l'ordre suivant, à dater du samedi 10 novembre 1888, les mardis, jeudis et samedis. Ordre du Cours : les jeudis à 4 heures, M. le Dr DESCOUST, chef du laboratoire de médecine légale; les mardis à 3 heures, M. le Dr VIBERT, chef du laboratoire d'anatomie pathologique ; les samedis, à 3 heures, M. OGIER, docteur ès sciences, chef du laboratoire de chimie.

III. *Conditions d'admission au cours de médecine légale pratique et aux conférences.* — Seront seuls admis à suivre le Cours de médecine légale pratique et les conférences, sur la présentation d'une carte spéciale qui leur sera délivrée après inscription au secrétariat de la Faculté : 1° MM. les docteurs en médecine; 2° MM. les étudiants ayant subi le 3e examen du doctorat. Le laboratoire de Chimie (Caserne de la Cité, 2, quai de Marché-Neuf) sera également ouvert aux élèves qui désireraient entreprendre des recherches personnelles sur des sujets de chimie toxicologique.

Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. le professeur LABOULBÈNE commencera le Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie, le jeudi 15 novembre 1888, à 4 heures (petit Amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

Cours de médecine opératoire. — M. le professeur DUPLAY commencera le Cours de médecine opératoire le mardi 13 novembre 1888, à 4 heures de l'après-midi (grand Amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Clinique des maladies mentales (Asile Sainte-Anne). — M. le professeur BALL commencera le Cours de Clinique des maladies mentales, le dimanche 11 novembre 1888, à 10 heures du matin, et le continuera les jeudis et dimanches suivants à la même heure.

Cours de pathologie chirurgicale. — M. BOUILLY, agrégé, remplaçant M. le professeur LANNELONGUE, commencera le cours de pathologie chirurgicale, le lundi 12 novembre 1888, à 3 heures (Grand Amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Conférences de pathologie infantile. M. le Dr LEGROUX, agrégé, fera des conférences sur la pathologie infantile (maladies du tube digestif, troubles de la nutrition) tous les mercredis, à 8 h. 1/2 du soir, dans le petit Amphithéâtre. Ces conférences commenceront le mercredi 21 novembre.

Conférences d'obstétrique. — M. MAYGRIER, agrégé, commencera ces Conférences, le samedi 10 novembre 1888, à 5 heures (petit Amphithéâtre), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Conférences de physiologie. — M. REYNIER, agrégé, commencera ces conférences, le mercredi 14 novembre 1888, à 5 heures (petit Amphithéâtre), et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Conférences de pathologie interne. — M. CHAUFFARD, agrégé, commencera ces conférences le lundi 18 novembre 1888, à 4 heures (petit Amphithéâtre), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Conférences de pathologie externe. — M. SCHWARTZ, agrégé, commencera ces conferences, le jeudi 15 novembre 1888, à 3 heures (petit Amphithéâtre), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

Distribution des prosecteurs et des aides d'anatomie dans les pavillons de l'Ecole pratique de la Faculté pour le semestre d'hiver. Pavillon I : prosecteur, M. Villemin; aides d'anatomie, MM. Legueu, Isch-Wall, Chipault. — Pavillon II : prosecteur, M. Hartmann; aides d'anatomie, MM. Chevalier, Calot, Faure. — Pavillon III : prosecteur, M. Delbet; aides d'anatomie, MM. Pfender, Dagron, Delagenière. — Pavillon IV : prosecteur, M. Lejars ; aides d'anatomie, MM. Thiéry, Rieffel, Arnould. — Pavillon V : prosecteur, M. Potherat ; aides d'anatomie, MM. Mordret, Regnauld, Philippe. — Pavillon VI : prosecteur, M. Boiffin ; aides d'anatomie, MM. Lyot, Roques de Fursac, Lafourcade.

Commission des Prix. — PRIX LACAZE : MM. Potain, Jaccoud, Grancher, Dieulafoy, Straus (Fournier, suppléant).

PRIX BARBIER : MM. Trélat, Lefort, Guyon, Duplay, Tarnier (Panas, suppléant).

PRIX CHATEAUVILLARD : MM. Brouardel, Baillon, Verneuil, Laboulbène, Damaschino (Hayem, suppléant).

PRIX JEUNESSE : MM. Brouardel, Cornil, Gautier, Proust, Straus (Dieulafoy, suppléant).

PRIX CORVISART : MM. G. Sée, Potain, Jaccoud, Peter, Dieulafoy.

COMMISSION DES THÈSES : MM. Trélat, Potain, Guyon, Panas, Laboulbène, Cornil, Damaschino, Tarnier (Hayem, Fournier, suppléants).

Les bureaux du Secrétariat sont transférés, depuis le lundi 5 novembre, dans les nouveaux batiments de la Faculté.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 5. — 1er *Officiat* (fin d'année) : MM. Lutz, Bourgoin, Bouchardat. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Guyon, Budin, Segond. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Hotel-Dieu) : MM. Straus, A. Robin, Chauffard.

MARDI 6. — (Epreuve pratique). Médec. opérat. : MM. Panas, Campenon, Peyrot. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. G. See, Cornil, Quénu. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Le Fort, Berger, Maygrier. — 5e *de Doctorat* (1re partie)

(Charité) (2e *Série*) : MM. Duplay, Tarnier, Brun. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Charité) : MM. Peter, Dieulafoy, Troisier.

MERCREDI 7. — 1er *Officiat* (fin d'année) : MM. Regnauld, Lutz, Pouchet. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Bouilly, Budin, Jalaguier. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Joffroy, Déjérine.

JEUDI 8. — 2e *Officiat* (fin d'année) : MM. Ball, Berger, Quénu. — 3e *Officiat* (fin d'année) : MM. Richet, Grancher, Joffroy. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Dieulafoy, Lancereaux, Troisier.

VENDREDI 9. — 1er *Officiat* (fin d'année) : MM. Damaschino, Lutz, Villejean.— 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Trélat, Reynier, Jalaguier. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (2e *Série*) : MM. Bouilly, Budin, Reclus. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Charité) : MM. Fournier, Landouzy, Déjérine.

SAMEDI 10. — 1er *Officiat* (fin d'année) : MM. Laboulbène, Lutz, Villejean. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Berger, Quénu. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Cornil, Hanot, Quinquaud.

LUNDI 12. — (Epreuve pratique) Médec. opérat. : MM. Trélat, Reclus, Reynier. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Straus, Déjérine. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Damaschino, A. Robin, Chauffard. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu). MM. Bouilly, Budin, Jalaguier.

MARDI 13. — 2e *de Doctoral* (2e partie) : MM. Ball, Mathias-Duval, Quénu. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Panas, Peyrot, Maygrier. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Tarnier, Berger, Brun ; — (2e partie) : MM. Péter, Cornil, Troisier.

MERCREDI 14. — (Epreuve pratique) Dissect. : MM Farabeuf, Bouilly, Kirmisson. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Straus, Reclus, Reynier. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Potain, Déjérine, Brissaud.

JEUDI 15. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Panas, Tarnier, Peyrot ; — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Cornil, Hanot, Quinquaud ; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Lancereaux, Troisier.

VENDREDI 16. — 1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Baillon, Pouchet. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Trélat, Ribemont-Dessaignes, Segond. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Guyon, Reclus, Budin ; — (2e partie) : MM. Potain, Fournier, Déjérine.

SAMEDI 17. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Berger, Schwartz. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Hanot, Villejean. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Panas, Campenon, Maygrier ; — (2e partie) : MM. Peter, Lancereaux, Troisier.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mercredi 7. — M. Plicque. Récidives des tumeurs malignes. — M. Demars. Des kystes hydatiques du foie. — M. Félici. Rapport de la chlorose avec la tuberculose. — *Jeudi* 8. — M. Pantaloni. Portion pelvienne des uretères chez la femme. — M. Jondeau. Nœvi polypoïdes du méat urinaire chez la femme. — M. Lavaux. Du lavage de la vessie sans sonde. — M. Rousseau. Contribution à l'étude de l'antisepsie en obstétrique dans ses applications à la campagne. — M. Théréault. De la transparence dans les tumeurs comme élément de diagnostic. — M. Millier. Contribution à l'étude de l'épilepsie dans ses rapports avec l'aliénation mentale. — M. De Viville. Gangrènes des pieds d'origine nerveuse.

Mercredi 14. — M. S. Vincent. Etude clinique sur la maladie de Freidreich. — M. Mignon. De la fièvre dans la phtisie chronique et de son traitement par la créosote. — *Jeudi* 15. — M. Regnauld. Des altérations craniennes dans le rachitisme. — M. Tabaraud. Des rapports de la dégénérescence mentale et de l'hystérie. — *Samedi* 17. — M. Bussat. Traitement chirurgical de l'ongle incarné (Procédé Quénu). — M. Duras. De l'imperforation de l'anus avec abouchement congénital du rectum dans le vagin.

Enseignement médical libre (*derniers renseignements*).

HÔPITAL SAINT-LOUIS. *Clinique chirurgicale.* — M. PÉAN reprendra ses leçons clinique et le cours de ses opérations, le samedi 10 novembre 1888, à 9 heures et demie, et le continuera les samedis suivants à la même heure.

Cours des maladies des voies urinaires. — Le Dr H. PICARD commencera ses leçons sur les maladies des voies urinaires, à l'Ecole pratique (amphithéâtre n° 1), le mardi 13 novembre à 5 heures et les continuera les samedis et mercredis suivants.

M. le Dr J.-A. FORT, ancien interne des hôpitaux, commencera sa clinique des maladies des voies urinaires, le jeudi 15 novembre, rue Dauphine, n° 16, à 9 heures du matin. Consultations gratuites tous les mardis, jeudis et samedis de 9 à 11 heures.

Ophtalmologie. — M. le Dr A. DARIER fera à partir du 15 novembre des *conférences cliniques sur les maladies des yeux*, les mardi et samedi à 3 heures. Les autres jours les élèves seront initiés au maniement de l'ophtalmoscope, — 172, boulevard St-Germain (*ancienne clinique du Dr Ch. Abadie*).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 28 oct. 1888 au samedi 3 nov. 1888, les naissances ont été au nombre de 1177, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 457 ; illégitimes, 161. Total, 618. — *Sexe féminin* : légitimes, 439 ; illégitimes, 120. Total, 559.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 28 oct. 1888 au samedi 3 nov. 1888, les décès ont été au nombre de 946, savoir : 501 hommes et 445 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 10, F. 8. T. 18. — Variole : M. 2, F. 1, T. 3. — Rougeole : M. 8, F. 9. T. 17. — Scarlatine : M. 1, F. 1, T. 2. — Coqueluche : M. 4. F. 1. T. 5. — Diphthérie, Croup : M. 14, F. 17, T. 31. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 120, F. 84. T. 204. — Autres tuberculoses : M. 23 F. 13. T. 36. — Tumeurs bénignes : M. 3, F. 2. T, 5. — Tumeurs malignes : M. 14, F. 29. T. 43. — Méningite simple : M. 7, F. 14, T. 21. — Congestion et hémorrbagie cérébrale : M. 27, F. 22. T. 49. — Paralysie : M. 5, F. 1. T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 7, F. 8. T. 15. — Maladies organiques du cœur : M. 29, F. 24. T. 53. — Bronchite aiguë : M. 10, F. 18 T. 28. — Bronchite chronique M. 19, F. 17. T. 36.— Broncho-Pneumonie : M. 12, F. 16. T. 28. — Pneumonie : M. 19. F. 30. T. 49. — Gastro-entérite, biberon : M. 15, F. 17. T. 32. — Gastro-entérite, sein : M. 7, F. 6. T. 13 — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 0. T. 2. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2. T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2. T. 2.— Débilité congénitale et vices de conformation : M. 16. F. 8, T. 24. — Sénilité : M. 7, F. 17. T. 24. — Suicides : M. 11, F. 2, T. 13.— Autres morts violentes : M. 3. F. 3. T. 6. — Autres causes de mort : M. 95. F. 72. T. 167. — Causes restées inconnues : M. 11, F. 3, T. 14.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 102, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 49, illégitimes, 22. Total : 71. — *Sexe féminin* : légitimes, 23 ; illégitimes, 8. Total : 31.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, en date du 31 octobre 1888, la chaire de chimie de la Faculté des sciences de Paris, est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordée aux candidats pour produire leurs titres.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. GIARD, docteur ès sciences, est chargé d'un cours sur l'évolution des êtres organisés.

FACULTÉ DES SCIENCES DE CAEN. — Un congé, pendant l'année scolaire 1888-1889, est accordé, pour raisons de santé, à M. GUESDON, préparateur de ladite Faculté.

FACULTÉ DES SCIENCES DE DIJON. — Un congé, sans traitement, est accordé, sur sa demande, pendant l'année scolaire 1888-1889, à M. SCHMITT, préparateur de zoologie à ladite Ecole. — M. DEPONSARGUES, licencié ès sciences naturelles, est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Schmitt, des fonctions de préparateur de zoologie à ladite Faculté.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LYON. — M. CHABRY, licencié ès sciences, est nommé, pour l'année scolaire 1888-1889, maître de conférences de zoologie à ladite Faculté, en remplacement de M. Houssay, appelé à d'autres fonctions.—M. ROCHE est maintenu, pendant l'annee scolaire 1888-1889, dans les fonctions de préparateur de chimie générale à ladite Faculté.— Un congé est accordé, sur sa demande, pendant l'année scolaire 1888-1889, à M. DÉRUT, préparateur de botanique à ladite Faculté. — Un congé sans traitement est accordé, sur sa demande, pendant l'année scolaire 1888-1889, à M. MARTIN, préparateur de chimie à ladite école.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROCA (A.), bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé préparateur du cours de physique à ladite Faculté, en remplacement de M. Weiss, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. DELPLANQUE, docteur en médecine, est maintenu, du 1er janvier au 31 décembre 1889, dans les fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle à ladite Faculté. — M. FOCKEN, licencié ès sciences naturelles, est maintenu, pendant l'année scolaire 1888-1889, dans les fonctions de préparateur d'histoire naturelle.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Sont nommés, pour l'année scolaire 1888-1889, à ladite Faculté : 1° CHEFS DES TRAVAUX DU LABORATOIRE : MM. Rodet (A.), *Médecine expérimentale et comparée* ; Bar (M.), *Anatomie pathologigique* ; Didelot (L.), *Physique médicale* ; Linossier (G.), *Chimie minérale* ; Reboul (J.), *Physiologie* ; Beauvisage (C.), *Matière médicale et botanique* ; Hugonnenq (J.), *Chimie organique et toxicologie* ;

Coutagne (H.), *Médecine légale*; Florence (A.), *Pharmacie*; Moudan (G.), *Clinique chirurgicale*; Roux (G.), *Clinique médicale*; Vialleton (M.), *Anatomie générale et histologie*. — 2° PRÉPARATEURS DE LABORATOIRE : MM. Courmont (J.), *Médecine expérimentale et comparée*; Coque (M.), *Physique médicale*; Lignon (M.), *Chimie minérale*; Doyon (M.), *Physiologie*; Polloson (A.), *Médecine opératoire*; Saint-Cyr (J.), *Médecine légale*; Ducher (L.), *Pharmacie*; Curtillet (C.), *Clinique médicale*; Trévoux (M.), *Anatomie pathologique*; Monavon (M.), *Chimie organique et toxicologie*; Audry (Ch.), *Anatomie générale et histologie*. — 3° AIDES DE CLINIQUE : MM. Goullioud (P.); *Clinique des maladies des femmes*; Devic (M.), *Clinique des maladies des enfants*.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — La chaire de clinique des maladies mentales et nerveuses de ladite Faculté est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres. — M. BORREL, licencié ès siences naturelles, est nommé préparateur d'anatomie pathologique à ladite Faculté, en remplacement de M. Ménard, dont la délégation est expirée.

FACULTÉ DES SCIENCES DE TOULOUSE. — M. LEGOUX est nommé doyen, en remplacement de M. Baillaud, nommé doyen honoraire.

ECOLE DENTAIRE DE PARIS. — La séance annuelle d'ouverture aura lieu samedi 10 novembre, rue Rochechouart, 57, sous la présidence de M. G. Ollendorf, directeur du personnel et de l'enseignement technique au ministère du Commerce.

ECOLE DE PLEIN EXEPCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE. — Un concours s'ouvrira, le 20 juin 1889, à la Faculté de médecine de Montpellier pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de plein exercice de Marseille. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du dit concours.

ECOLE DE MÉDECINE DE POITIERS. — M. BERLAND, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite école.

ECOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — M. VALSER, est maintenu, pour une période de trois ans, dans les fonctions de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à ladite Ecole.

ECOLE DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — Un congé pour l'année scolaire 1888-89, est accordé sur sa demande et pour raison de santé, à M. TOUSSAINT, professeur de physiologie à ladite Ecole.

ECOLE DE PHARMACIE DE MONTPELLIER. — M. MARCADIER, licencié ès sciences mathématiques et physiques, est chargé, pour l'année scolaire 1888-1889, des fonctions de chef des travaux pratiques de physique à ladite école.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES.— M. le professeur MIERZEJEWSKY vient d'être chargé de l'enseignement des maladies nerveuses et mentales pour une nouvelle période quiennale à la Faculté médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg. Voilà 26 ans que professe ce maître si justement apprécié par ses collègues et les étudiants russes. Nous saisissons cette occasion pour adresser nos plus vives félicitations à notre collaborateur des « *Archives de Neurologie.* »

HÔPITAUX DE PARIS. *Concours de prosectorat.* — La question d'anatomie posée a été : *Nerf maxillaire supérieur;* l'épreuve a eu lieu le lundi 22 octobre. — Les questions suivantes ont été posées aux différentes épreuves de ce concours : Physiologie : *Physiologie du rein* ; — Pathologie externe : *Hernie inguinale congénitale ;* — Anatomie pathologique : *Anatomie pathologique des ostéomyélites.* — Ce concours vient de se terminer par la nomination de M. SÉBILEAU, interne de 4e année à l'Hotel-Dieu. A la dernière épreuve, la question posée a été : *Artère humérale à la partie moyenne* et *artère tibiale antérieure au tiers inférieur*; *Désarticulation du coude* (Médecine opératoire); — *Paume de la main* (Dissection).

Concours de l'Externat. — Ce concours a eu lieu il y a 15 jours dans le Grand Amphithéâtre de l'Assistance publique. Les premières questions posées ont été : *Artère fémorale ; muscle sterno-cleïdo-mastoïdien.* Les séances ont lieu le mardi, jeudi et samedi.

Concours de l'Internat. — La lecture des copies continue.

HÔPITAUX DE LYON. — *Concours de l'Externat.* Un fâcheux incident, qui s'est produit pour la première fois à Lyon, a amené l'annulation de l'épreuve du second jour du concours de l'Externat qui a été recommencée le lendemain. Une indiscrétion, due à un défaut de surveillance a permis aux candidats renfermés, d'avoir connaissance de la question posée et qui était : *Quels soins devez-vous prendre pour assurer l'asepsie dans le cas d'opération à pratiquer sur les lèvres ? Appliquer le sphygmographe de Marey ; le mettre en mouvement.* — Le jury a annulé le concours et on a recommencé les épreuves orales. — Après le concours, les candidats suivants ont été nommés : MM. Mathieu, Tellier, Allemand, Marotte, Lagoutte, Geley, Sadier, de Giverdy, Perriol, Trija, Genoud, Barjon et Barraud.

HÔPITAUX DE MONTPELLIER. *Concours d'externat.* — Un concours pour la nomination à sept places d'externes des hôpitaux de Montpellier s'ouvrira le lundi 5 décembre 1887, à 9 heures du matin, à l'hôpital Saint-Eloi. Le registre d'inscription sera ouvert au bureau du secrétariat des hospices jusqu'au samedi 3 décembre à 5 heures du soir.

ASILES D'ALIÉNÉS. — *Concours pour la bourse de voyage.* Cinq mémoires ont été déposés. L'un des candidats ne s'est pas présenté à la composition écrite qui a eu lieu le samedi 5 novembre. La question sortie a été la suivante : *Nerf facial* (Anat. et physiol.) ; *Paralysie du nerf facial.* Les deux autres questions étaient : Circonvolutions du lobe frontal (Anat. et physiol.) ; Diagnostic de la méningite et de la fièvre typhoïde ; — Rapports du rein ; physiologie du rein et Encéphalopathie saturnine. Il est regrettable que les internes ou les anciens internes des quartiers de Bicêtre et de la Salpêtrière n'aient pas pris part à ce concours.

BIBLIOTHÈQUE DE MONTAUBAN. — Viennent d'être nommés membres du Comité d'inspection et d'achats de livres : MM. ROLLAND, médecin en chef de l'Asile des aliénés; et GUIRAND, docteur en médecine.

COLLÈGE DE FRANCE. — *Cours de chimie.* M. BERTHELOT. Il traitera *des gaz et de leur analyse*, les lundi et vendredi à 10 h. 1/2. — M. SCHUTZENBERGER s'occupera des *lois générales de la chimie*, les mercredi à 1 h. 1/2 *et des diverses questions d'analyse chimique appliquée à la biologie*, les samedi à la même heure.

CONGRÈS MÉDICAL AU BRÉSIL. — *La Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux* annonce que le 10 septembre dernier a eu lieu l'inauguration solennelle du premier Congrès brésilien de médecine et de chirurgie à laquelle assistaient le comte d'Eu, le ministre de l'Instruction publique et un grand nombre de congressistes. Le nombre des médecins qui ont pris part aux travaux du Congrès est de 146, dont plus de 100 étaient toujours présents aux séances.

CRÉATION D'UN SERVICE POUR LES MALADIES DES YEUX. — Un poste de médecin-oculiste de l'Institution nationale a été créé et confié à M. le Dr TSCHERNING, directeur-adjoint du laboratoire d'opthalmologie à la Sorbonne. Une clinique externe pour les maladies des yeux sera prochainement instituée et la direction en sera confiée au médecin-oculiste de l'Institution (*Revue internationale de l'enseignement des sourds-muets*, n° 8, novembre 1888, p. 253). — Nous ne saurions trop regretter que cette place n'ait pas été mise au concours.

DOMESTIQUES ET MÉDECIN. — Le juge de paix de Châlons-sur-Marne, vient, par jugement. du 23 octobre 1888, de condamner un maître qui avait fait appeler le médecin près de son domestique malade, à payer pour ce dernier les frais de visite.

EPIDÉMIE. — Une épidémie de choléra des plus violentes sévit dans les environs de Tien-Tsin et jusqu'au littoral. Les victimes sont très nombreuses. En même temps, une épidémie d'un autre genre a troublé le repos des habitants de Tien-Tsin. Des nuées de moustiques se sont abattues sur la ville et ont tout envahi. Les journaux de la localité disent que le meilleur moyen pour se mettre à l'abri de ces insectes désagréables est de brûler du camphre. Les moustiques disparaissent comme par enchantement et tant que l'odeur du camphre persiste dans une chambre, ils se gardent d'y paraître. On peut même, disent nos confrères d'extrême Orient, laisser alors impunément les fenêtres ouvertes et avoir de la lumière.

EXERCICES PHYSIQUES. — M. Bischoffsheim vient de mettre à la disposition du ministre de l'Instruction publique, une somme de 5,000 fr., pour être distribuée en un ou plusieurs prix destinés à récompenser les meilleurs travaux relatifs à l'établissement des jeux gymnastiques, notamment dans les établissements d'enseignement primaire. Parmi les membres de la commission chargée de fixer les conditions de ce concours. nous relevons les noms suivants : MM. Brouardel, Marey (de l'Institut), François-Franck (de l'Académie de médecine) et le Dr Lagrange. — Le *Comité pour la propagation des exercices physiques* a tenu une nouvelle séance ces jours-ci à la Sorbonne, sous la présidence de M. Jules Simon ; le Comité a pris connaissance des statuts de la Ligue nationale de l'éducation physique qui vient de se fonder ; après un échange d'observations entre MM. Gréard, Ribot, le docteur Javal, Godard, il a été reconnu que la Ligue poursuivait la réalisation d'un plan d'ensemble différent sur plusieurs points de l'œuvre pédagogique entreprise par le Comité ; le Comité a ensuite entendu la lecture d'un rapport du secrétaire général et a élu trois

nouveaux membres, MM. A. Delaire, Rchefeu et le doctuer Lagrange. De ce Comité font partie MM. Riibot, Janssen, le docteur Javal, le docteur Lagneau, le docteur Rochard, MM. Gréard Duruy, le professeur Brouardel, Godard, Picot, de l'Institut, etc.

Ligue nationale de l'éducation physique. — Le Comité d'initiative de la ligue a tenu, mercredi 31 octobre à à 2 heures, une réunion plénière sous la présidence de M. Berthelot ; assesseurs : MM. Dietz-Monin et Ranc. La séance a été ouverte par un discours de M. Berthelot. Le président a ensuite donné la parole à M. Paschal Grousset, secrétaire-général du Comité, qui a communiqué à l'assemblée un très grand nombre de lettres d'adhésion parvenues au siège social de la ligue, 51, rue Vivienne.

A la suite de cette lecture, l'assemblée est passée à la discussion des statuts. Le texte de ces statuts, une fois adopté, le comité d'initiative a constitué son bureau provisoire, composé ainsi qu'il suit : président, M. Berthelot ; vices-présidents, MM. Clémenceau, Anatole de la Forge, Jean Macé, Alf. Mezières, amiral Peyron, J. Sansbœuf ; secrétaire général, M. Paschal Grousset.

Nous rappellerons, à cette occasion, que M. Paschal Grousset vient de publier, sous le titre : *Renaissance physique*, un excellent livre sur lequel nous nous plaisons à rappeler l'attention de nos lecteurs.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. G. POUCHET, professeur au Muséum, commencera le samedi 10 novembre, à 4 heures du soir, une série de conférences sur l'histologie comparée des vertébrés, avec préparations à l'appui, et les continuera chaque samedi à la même heure, dans le laboratoire d'histologie zoologique, rue de Buffon, 55 ; c'est là que devront se faire inscrire les personnes qui désireront suivre ces conférences.

PRESCRIPTIONS EN ALSACE. — Les médecins d'Alsace-Lorraine sont prévenus, que désormais ils auront à rédiger leurs ordonnances soit en latin, soit en langue allemande. Le français ne sera pas toléré en pays allemand.

EPIDÉMIES. — Une épidémie de variole éprouve assez cruellement la ville d'Oran. Les décès, qui, en temps ordinaire, ne dépassent guère le chiffre de huit ou dix par jour, atteignent, depuis une quinzaine, le chiffre de vingt à vingt-cinq. C'est au village nègre, où réside la population indigène, que l'épidémie exerce le plus de ravages.

REVUE PHILOSOPHIQUE. — Sommaire de novembre. A. FOUILLÉE : Philosophes français contemporains : M. GUYAU. — DURKHEIM : Suicide et natalité : Etude de statistique morale. — G. SOREL : De la cause en physique. — A. BINET : Sur les rapports entre l'hémianopsie et la mémoire visuelle. — BLONDEL : Une association inséparable : L'agrandissement des astres à l'horizon. — VANDAME : Question de philosophie mathématique. — Analyses et comptes rendus. — Revue des périodiques étrangers.

REVUE SCIENTIFIQUE. — *Sommaire du numéro* 18 (3 *novembre* 1888). La prophylaxie des épidémies dans les armées, par M. B. KOCH. — L'origine des illusions produites par le dessin et la peinture, par M. J.-L. SORET. — Le rôle des globules polaires dans la fécondation, d'après M. Weissmann, par M. P. GARNAULT. — La chasse au loup en Russie, par M. L. LESÈBE. — Causerie bibliographique. — Académie des sciences de Paris. — Revue industrielle, par M. GEORGES PETIT. — Informations, Correspondance et Chronique. — Bibliographie et Bulletin météorologique.

INSTITUT PASTEUR. — L'inauguration de cet établissement aura lieu mercredi prochain 14 novembre.

LABORATOIRE DE ZOOLOGIE MARITIME. *L. d'Alger.* — Un laboratoire de zoologie maritime vient d'être créé à Alger, grâce à l'initiative de M. le Dr Camille VIGUIER, qui vient d'en publier la description dans la *Nature* du 20 octobre 1888. Il est situé à l'extrémité ouest de la baie d'Alger.

LEGS PEDRO FRANCISCO DE ALVARENGA. — Le Secrétaire perpétuel de l'Academie de médecine est autorisé à accepter, aux clauses, charges et conditions imposées, le legs de sept contos de reis d'inscriptions nominatives de la Junte du crédit public portugais que lui a fait le sieur Pedro Francisco de Alvaranga, de Lisbonne. Le produit de ce legs sera placé en rente 3 0/0 sur l'Etat français avec mention, sur l'inscription, de la destination des arrérages à la fondation d'un prix annuel dit *Prix Alvarenga de Pianhy* (Brésil), qui sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ou de la meilleure œuvre inédite sur n'importe quelle branche de la médecine.

LE CANTON PASTEUR. — Le gouvernement du Canada vient, sur la proposition des députés de la province de Québec, de donner le nom de Pasteur à un canton du comté de Kamouraska. Ce canton est limitrophe de la province du Maine, qui appartient aux Etats-Unis.

LES CONSEILS D'HYGIÈNE ET L'EMPLACEMENT DES ÉCOLES. — Le gouvernement vient de rappeler aux municipalités qu'à l'avenir il tiendrait rigoureusement la main à l'exécution d'une prescription qui exige l'approbation des Conseils d'hygiène pour le choix de l'emplacement des écoles (*La Province médicale*).

MALADIE DE FRÉDÉRIC III. — MM. les Prs Virchow et Waldeger viennent de publier, dans les journaux allemands, une note où ils répondent à Mackenzie qu'il accuse à tort Bergmann, d'avoir hâté la mort de l'Empereur.

MÉDECINS-CONSEILLERS MUNICIPAUX. — M. le Dr AUGAGNEUR, rédacteur de la *Province médicale*, vient d'être nommé conseiller municipal de la ville de Lyon.

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — M. CHAFFANJON, naturaliste, est chargé d'une mission scientifique en vue d'explorer les Cordillières des Andes, entre la Colombie et le Vénézuela, ainsi que la presqu'île et le lac Maracaibo.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr JAQUET de Lyon. — M. le Dr SAVIOLI, professeur de pathologie générale à la Faculté de médecine de Gênes. — M. le Dr HACKERMANN, professeur extraordinaire de médecine légale à la Faculté de Greiswald. — M. le Dr GASTES, professeur à l'école de médecine de Newcastle. — M. le Dr POLUNIN, professeur honoraire de pathologie générale à la faculté de Moscou. — M. le Dr DAUSSURE (de Saint-Vrain). — M. le Dr BLANCHET (de Vichy). — M. le Dr MARTIN, de Banyuls-sur-Mer. — On nous annonce la mort du Dr SOUDAN, de Pierrefitte. — M. le Dr Gérard FŒTTINGER, assistant à l'université de Liége, préparateur du cours d'anatomie, bibliothécaire de la Société médico-chirurgicale. — M. le Dr NÉLISSEN, médecin de l'hôpital Stuivenberg (d'Anvers). — M. LALLOUR, médecin de la marine en retraite. — M. le Dr VELTET, chirurgien de l'hôpital de Versailles, membre du Conseil d'hygiène de Seine-et-Oise. — M. le Dr Th. SABINE, professeur d'anatomie au collège des médecins et des chirurgiens de New-York. — M. le Dr LUGAGNE (de Vichy), décédé au début d'octobre dernier. — Les *Archives médicales belges*, annoncent la mort du Dr LEFEBRE, décédé à Tournai à l'âge de 81. Il avait fait partie des volontaires de 1830.

Chronique des hôpitaux.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — *Médecine.* Service de M. OLLIVIER. — Salle Gilette (F.) : 4, cardiopathie, maladie mitrale ; 5, chlorose ; 6, pleurésie sèche ; 14, congestion pulmonaire ; 25, poly-arthrite chroni que des petites jointures ; 28, fièvre typhoide ; 29 *bis*, coqueluche ; 31, maladie de Bright ; 40, paralysie infantile récente.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue d   ennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VIII. N° 46. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 17 NOVEMBRE 1888.

Le Progrès Médical

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

HÔTEL-DIEU. — M. le Professeur **PANAS**.

Exploration de l'œil ; (1)

Leçon recueillie par **Paul DELAGÉNIÈRE**, interne des hôpitaux.

L'exploration méthodique de l'organe de la vue a une importance capitale. Pour vous en convaincre, il suffira de vous dire qu'ici, plus que partout ailleurs, on compte de nombreuses erreurs de diagnostic qui proviennent de l'inattention plus que d'un défaut de science acquise.

Nous exposerons aujourd'hui tout ce qui se rattache à l'exploration des *Tutamina oculi*, à savoir les paupières et la région sourcilière.

Il importe de distinguer une région fronto-sourcilière et une région palpébrale, dans laquelle il faudra examiner successivement la face antérieure des paupières, leur bord libre, leur face postérieure et enfin les culs-de-sac conjonctivaux ou région sacculaire.

La région fronto-sourcilière est la première qui frappe l'observation. Sa configuration est importante à noter. Si elle est proéminente, l'œil paraît enfoncé ; au contraire, si elle est déprimée, on a affaire à des yeux saillants, à fleur de tête. On peut avoir ainsi la présomption de certains vices de réfraction. Des yeux à fleur de tête, avec arcades sourcilières plates, feront soupçonner la myopie ; inversement, on pensera à l'hypermétropie, si les yeux sont enfoncés dans l'orbite.

Emmert s'est occupé des rapports qui existent entre le crâne et l'œil. Chez le fœtus, les yeux sont à fleur de tête ; avec l'âge, ils tendent à s'enfoncer, à mesure que se développent les sinus frontaux et les arcades sourcilières qui les recouvrent.

La région est-elle régulièrement conformée ? En dehors de la saillie fronto-orbitaire, le reste de la région doit être lisse et uni : autrement, il faudra craindre quelque chose d'anormal, de congénital. A la partie externe, on trouvera les kystes dermoïdes ; à la partie interne, l'encéphalocèle.

La direction des sourcils doit aussi être examinée. Quand le sourcil est relevé, il y a spasme du muscle occipito-frontal ; s'il est abaissé, il y a ptosis et paralysie du même muscle occipito-frontal. Il faudra voir également si les sourcils occupent leur place normale. Enfin, l'on terminera par l'étude des poils et de la peau. C'est ainsi que certaines affections cutanées, comme l'eczéma et le pityriasis, expliqueront l'existence de quelques blépharites.

Cette région est également le siège de névralgies idiopathiques ou symptomatiques. Il faut pour cette étude connaître l'anatomie des nerfs. Deux doivent préoccuper l'ophtalmologiste : ce sont le nerf sus-orbitaire et le nerf nasal. Le pourtour supérieur de l'orbite est formé de deux parties : les deux tiers externes sont tranchants, le tiers interne est arrondi. En suivant ce bord de dehors en dedans, le doigt sentira une gouttière où passe le nerf sus-orbitaire. Plus en dedans, immédiatement au-dessus du tendon de l'orbiculaire, on sera sur le nerf nasal.

Une fois la région sourcilière explorée, il faut passer à l'examen des paupières et étudier tout d'abord leur configuration. Souvent il existe quelque malformation congénitale. Il peut y avoir des paupières étroites ou sténoblépharie. Les paupières, en effet, se développent par un ourlet circulaire qui finit par se mettre en contact et se souder chez le fœtus par un simple liseré épithélial. Si cette soudure des paupières persiste après la naissance, il y aura ankyloblépharon.

La grandeur de la fente est en rapport avec le volume des paupières. Ainsi quand les paupières sont atteintes d'affections qui amènent leur rétraction ou quand elles sont congénitalement étroites, le pronostic de certaines maladies en sera fort aggravé. C'est ainsi qu'il faudra distinguer la sténoblépharie de la mégaloblépharie, lors de conjonctivite granuleuse. Des granulations peu développées avec des paupières étroites peuvent amener des ulcérations cornéennes, tandis que la cornée pourra rester intacte en dépit de granulations très développées, si les voiles palpébraux sont lâches. Dans d'autres cas, cependant, on ne saurait faire intervenir uniquement les dimensions des paupières, les granulations ayant par elles-mêmes un caractère spécial de malignité avec tendance à l'envahissement de la cornée.

Il y a ptosis congénital, quand la paupière épaisse, lourde, ne peut être relevée. Il faut alors une intervention chirurgicale. Parfois ce ptosis est acquis.

Enfin, sur le même individu, les deux yeux peuvent n'être pas également fendus. Lors de photophobie prolongée, il y a clignotement de l'œil qui paraîtra plus petit par suite d'une sorte de contracture permanente de l'orbiculaire. Ce fait est important au point de vue du diagnostic rétrospectif, car il est l'indice d'une kératite antérieure.

On peut encore observer le coloboma congénital qui occupe presque toujours la paupière supérieure. On examinera aussi l'épaisseur des paupières, qui est augmentée chez les granuleux atteints de trachome.

Dans quelques cas, la paupière reste largement ouverte et ne peut se fermer : c'est la lagophthalmie. Par contre, si le muscle orbiculaire est atteint de spasme, la paupière sera sillonnée de plis profonds : cela s'observe chez les nerveux ; et si l'on opère un de ces malades atteint de cataracte, on verra souvent, après l'opération, survenir un ectropion, un véritable enroulement de la paupière inférieure. Chez les vieillards, il survient de l'atrophie du tissu cellulo-graisseux de l'orbite. Lorsqu'après des fatigues excessives, les yeux se cernent, cela tient à la rentrée des paupières dans l'œil, après résorption rapide du tissu graisseux en question.

D'autre part, on peut observer chez les vieillards un gonflement des paupières, une véritable hypersarcie, ce qui constitue une réelle difformité.

Si l'on étudie la peau des paupières, on remarque que chez certains individus elle n'offre pas de plis : cette sténodermie est souvent pathologique et survient après l'emploi prolongé de caustiques ou même de l'atropine ; elle prédispose à l'ectropion d'une nature particulière.

(1) Leçon d'ouverture du Cours de clinique ophtalmologique, 12 novembre 1888.

Lors de photophobie prolongée, on peut voir survenir à l'angle externe une fissure amenant à sa suite la contracture de l'orbiculaire. Cette rhagade, analogue à la fissure à l'anus, cède parfois à une cautérisation légère au crayon mitigé de nitrate d'argent, ou à une application de cocaïne. On interposera, après la cautérisation, un peu de coton entre les deux paupières.

Il faut aussi se rendre compte des sécrétions de la peau. Il peut y avoir une hypersécrétion de sebum, ce qui donne aux paupières un aspect gras; c'est là la séborrhée palpébrale. La sécrétion sudoripare peut être également exagérée.

La sensibilité de la peau est parfois altérée : on la trouvera diminuée dans le zona ophtalmique et surtout dans la paralysie de la 5e paire.

Par suite de certaines altérations séniles de la peau, la paupière devient trop lâche et les cils se renversent en bas, poussés qu'ils sont par le repli cutané en question. La paupière peut être également le siège de xanthélasma et de différentes dermatoses.

Les couches profondes des paupières offrent des lésions moins nombreuses. Les épanchements se font au-dessous de l'orbiculaire qui est un véritable muscle peaucier. D'après la nature de l'épanchement, on aura à faire à un abcès, à de l'œdème, à de l'emphysème, etc. L'emphysème donne lieu à de la crépitation qui n'est pas un signe absolument pathognomonique. Selon moi, le meilleur moyen de diagnostic réside dans la percussion, faite au moyen de petites chiquenaudes ; lors d'emphysème, on aura une sonorité tympanique qui ne peut laisser de doute. On peut encore observer des angiomes, des nœvus cutanés ou profonds.

L'examen des bords palpébraux a une importance capitale. La lèvre antérieure arrondie offre les cils, des follicules sébacées, des glandes sébacées et des glandes de Mohl, qui ne sont en somme que des glandes sudoripares modifiées. La lèvre postérieure tranchante présente l'origine de la conjonctive, l'embouchure des glandes de Meibomius et le cartilage tarse qui contient ces glandes dans son épaisseur. Ces deux couches sont séparées par une lamelle de tissu lâche, où se font les infiltrations déjà mentionnées.

Les affections de ce bord libre sont très fréquentes. Tout d'abord il peut y avoir absence de cils ou madarose, ou bien encore des petites ulcérations recouvertes de légères croûtes. Les cils peuvent se dévier et se porter en dedans : c'est le trichiasis. On avait distingué un dis-trichiasis, tris-trichiasis, selon que les cils déviés affectaient deux ou trois directions différentes. Ces dénominations peuvent être abandonnées. Si le trichiasis s'accompagne de renversement du bord palpébral, il y a entropion. Dans bien des cas, il faudra avoir recours à la loupe pour apercevoir les cils déviés. On observe parfois de petites gouttes perlées, formées par les larmes et qui suivent les mouvements de la paupière : elles se rattachent toutes à un cil presqu'imperceptible et dévié. On peut encore observer des cicatrices qui amènent la réunion de plusieurs cils, de façon à former de véritables touffes. Ce fait est souvent consécutif à l'ablation d'un chalazion par la face postérieure de la paupière et à la petite cicatrice qui en est la suite. Aussi, préférons-nous les attaquer par la face dermique. Nous trouvons en terminant l'orgeolet, qui se rattache à l'inflammation des follicules pileux, et les kystes transparents qui, d'après nos recherches, dérivent des glandes sudoripares de Mohl.

On peut observer du larmoiement en dehors de l'ectropion et de l'entropion. C'est qu'il existe alors une application insuffisante de la paupière au globe de l'œil, et les larmes ne sont pas absorbées. On reconnaît cette incision du point lacrymal inférieur au moyen de l'artifice suivant : on engage le malade à regarder en haut et l'on voit alors le point lacrymal se porter en avant au lieu de rester appliqué sur le globe oculaire.

On examinera ensuite l'ouverture du canalicule lacrymal. Si la conjonctive est rouge dans sa portion péricanaliculaire, on devra soupçonner l'existence de corps étrangers, tels qu'un cil, ou un amas formant bouchon, du *Leptotrix buccalis*. Celui-ci se trouve transporté en ce point par des malades qui se sont frotté l'œil avec le doigt préalablement imbibé de salive, coutume qui n'est pas rare dans une certaine classe.

Le bord libre peut être encore le siège de condylomes, de blépharite glandulo-ciliaire, à qui je donnerais de préférence le nom d'adéni-folliculite.

Sur la lèvre postérieure du bord libre, l'inflammation des glandes de Meibomius amène l'apparition d'un petit point blanc, formé par la présence d'une goutelette de sebum, plus rarement des productions polypoïdes.

La face postérieure de la conjonctive présente des altérations variables. On ne peut l'examiner qu'après renversement des paupières. Pour renverser la paupière inférieure, il suffit d'appuyer le doigt à sa partie déclive et de l'enfoncer ensuite pendant qu'on invite le malade à regarder en l'air. Pour la paupière supérieure, on l'abaisse d'abord en saisissant d'une main les cils et la peau qui les entoure, tandis que l'autre main presse sur la région sourcilière, d'où il résulte un véritable mouvement de bascule ; lors du trachome, ce renversement devient difficile. La paupière une fois renversée, on observe la muqueuse qui tapisse sa face postérieure. Les glandes de Meibomius se dessinent sous forme de colonnes jaunâtres. Enfin, les chalazions peuvent faire saillie sur cette face.

A l'état normal, la muqueuse tarsienne n'est pas lisse; elle offre un aspect velvétique qui s'accentuera lors d'inflammation simple. Il ne faudra pas confondre ces saillies avec des granulations véritables. La présence des corps étrangers est souvent délicate à reconnaître. Toute inflammation, en effet, s'accompagne de sensation de corps étranger. On aura les commémoratifs pour se guider, mais souvent les corps étrangers se sont introduits sans que le malade s'en rende compte. De là une double source d'erreur.

L'étude des culs-de-sac devra être faite. Pour étudier le cul-de-sac supérieur, on renverse la paupière et l'on fait regarder en bas. La caroncule peut également s'enflammer : c'est l'Encanthis. La caroncule est une portion du derme qui renferme des poils fins, du tissu élastique et musculaire, des glandes sudoripares. Les poils, presque invisibles à l'état normal, peuvent s'hypertrophier ; de là une conjonctivite angulaire persistante. Il faut les arracher ou bien exciser la caroncule.

La région du sac lacrymal est divisée en deux parties par le tendon de l'orbiculaire. Lors d'inflammation, le sac se gonfle et il se forme une tumeur bilobée, surtout proéminante en bas.

L'examen de cette région devra être toujours complétée par celle des fosses nasales. D'abord, parce que plus souvent qu'on ne le pense, la dacryocystite dérive d'une affection nasale, et qu'ensuite des tumeurs malignes, ayant pour siège les fosses nasales, peuvent envahir la région du sac et en imposer à un gonflement fongueux simple de ce sac, ainsi que j'en ai vu des exemples.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

La sclérose du foie au point de vue expérimental ;

par **Alexandre PILLIET**, interne des hôpitaux, aide-préparateur d'histologie à la Faculté.

Le foie et le rein sont les deux glandes sur lesquelles on a le plus essayé de reproduire les lésions chroniques fournies par la clinique. Les premiers résultats ne cadrant pas exactement avec les faits d'autopsie pouvaient être interprétés différemment au point de vue de telle ou telle théorie, en sorte que l'on voyait recommencer sur ces lésions d'expérience les discussions qu'on avait espéré trancher par elles. Maintenant, on commence à obtenir des lésions superposables aux faits cliniques : et cela pour deux raisons. D'abord, les expériences sont mieux faites, les chercheurs plus patients, les doses accrues ; ensuite, et cette seconde raison est la plus forte, l'étude du début des cirrhoses a beaucoup progressé, et c'est dans les formes de début ainsi observées sur des foies, très éloignés à l'œil nu du type granuleux, seul envisagé autrefois, que l'on retrouve le mieux l'image des lésions expérimentales. Les conditions sociales réalisent, en effet, des intoxications beaucoup plus étendues que celles qu'on cherche à produire dans les laboratoires. Pour l'alcool, par exemple, un marchand de vin, soit par intérêt, soit par goût, met 15 ans à faire une cirrhose, avec des doses quotidiennes souvent très fortes. Il est évident qu'on ne peut demander à l'expérimentation la reproduction exacte de telles conditions; elle reste beaucoup au-dessous; ce n'est donc pas l'affection invétérée, mais celle qu'on peut voir au début dans les cas de complication intercurrente, qu'il faut essayer de superposer à la lésion que l'on a créée.

Les lésions chroniques du foie relèvent de deux ordres de causes : locales et générales. Ce sont les causes locales que l'on a tout d'abord essayé de reproduire, et, dans ce groupe, les résultats les plus importants ont été obtenus en agissant sur les VOIES BILIAIRES. En liant ou en irritant le canal cholédoque, on produit le plus souvent, à coup sûr, des lésions scléreuses dans les espaces portes. Ces lésions correspondent-elles au type clinique de la sclérose biliaire secondaire, celle de l'angiocholite calculeuse par exemple, ou au type de la cirrhose hypertrophique biliaire ? Voilà la question actuellement soulevée. Eliminons d'abord les cas négatifs. Pour Litten (1), la ligature antiseptique du canal cholédoque ne s'accompagne pas de réaction irritative. Il faut, pour produire cette dernière, employer les injections irritantes d'huile de croton. Ce ne serait pas la rétention seule qui agirait pour produire la cirrhose. Mais prenons les résultats que donne la ligature courante, sans antisepsie ou avec injections irritantes, en laissant de côté le rôle que peuvent jouer dans le premier cas les micro-organismes trouvés récemment dans la bile. Mayer qui fit en 1872 la ligature du cholédoque sur des chats et des lapins observa de l'hyperplasie conjonctive. W. Legg, sur des chats et des chiens, observe aussi la sclérose et voit que si l'animal survit trois semaines, le foie tend à s'atrophier. O. Wyss (2) avait signalé depuis longtemps la sclérose qui accompagne l'ictère par rétention et Leyden avait noté sur des chiens une infiltration graisseuse marquée (1866). Cette stéatose des cellules fut retrouvée par Legg. Cet auteur fait remarquer que chez le chat, qu'on doit prendre de préférence, parce qu'il a la vie plus dure, il ne faut pas se borner à la simple ligature du canal, mais en faire la résection. Charcot et Gombault (1) reprennent ces expériences sur le cochon d'Inde, qui supporte « admirablement » cette grande lésion. Ils notent : 1° La dilatation des conduits biliaires ; 2° L'hyperplasie très rapide de la capsule de Glisson avec formation de néo-canalicules ; 3° Envahissement des lobules et hypertrophie de l'organe, et rapprochent les lésions qu'ils observent, et de la sclérose par obstruction calculeuse et de la cirrhose hypertrophique de l'alcool. Dans leur second mémoire, ils précisent cette analogie et mettent en regard les figures histologiques des trois types, qu'ils groupent de façon à les opposer à la cirrhose de Laënnec. Chambard (2), en 1877, s'occupa des effets de la bile sur les cellules hépatiques et constata outre la tuméfaction trouble, l'état colloïde, l'aspect vitreux des cellules, une désintégration spéciale et une destruction cellulaire d'où résulte la formation d'un reticulum qu'il dessina, Foa et Salvioli (1877), Nicati et Richaud (1880), Simimonds (1880), Bauer (1882), Holmogoroff (1886) obtinrent les mêmes lésions (3) : dilatation des voies biliaires, hépatite interstitielle et souvent petits abcès miliaires. Lahousse, en 1887, les retrouva sur les grenouilles, les lapins et les cobayes.

Ces lésions sont de tout point comparables à celles qu'on observe dans les obstructions biliaires, par calcul par exemple; il y a dilatation des voies biliaires, sclérose, dégénérescences variées des cellules du parenchyme. Mais sont-elles comparables à celles que l'on observe dans la cirrhose hypertrophique biliaire de Hanot, comme le pensent Charcot et Gombault ? Par la bouche de Schachmann, son élève, Hanot repousse cette assimilation, se basant sur les motifs suivants. Dans les scléroses expérimentales, l'hypertrophie du foie n'est qu'un phénomène temporaire, qui fait place à l'atrophie ; il n'y a pas de lésions des gros canaux biliaires dans la cirrhose hypertrophique, qui débute par les petits canaux biliaires, sclérosés, sans participation des voies plus larges ; dans cette dernière, les lésions des cellules parenchymateuses sont aussi rares qu'elles sont fréquentes dans l'arrêt de la bile observé en clinique ou provoqué.

Voilà où en est le débat. Les essais tentés pour provoquer d'autres cirrhoses locales sont beaucoup moins importants.

En agissant sur la VEINE PORTE, Solowief a obtenu sur un animal, qui a survécu quelques semaines à une ligature peu serrée, de la thrombose et de la périphlébite. Ce n'est certainement pas, dit Charcot (4), une exacte reproduction expérimentale de la cirrhose granulée, mais on ne peut s'empêcher d'y reconnaître certaines analogies.

L'ARTÈRE HÉPATIQUE a été liée un certain nombre de fois ; Malpighi, Nié, Schiff ont vu que cette ligature ne suspendait pas la sécrétion biliaire. Mais son rôle dans la production d'une sclérose n'a pas été sérieusement étudié, que nous sachions, quoique la théorie de la sclérose par périartérite et dystrophie consécutive ait été

(1) Litten. — *Ueber die Biliare der Lebercirrhose*. — Charité Annalen de 1879, Berlin, 1880.

(2) O. Wyss. — *Arch. f. Path.* an. 186[illegible], vol. XXXV, p. 5[illegible].

(1) Charcot et Gombault. — *Altérations du foie consécutives à la ligature du can. cholédoque*; in Arch. Physiologie, 1876, p. 272 et *Formes de la cirrhose du foie*, id., n° 5, p. 453.

(2) Chambard.— *Lésions des cellules dans lig. du c. cholédoque* (*Arch. Physiologie*, 1877, p. 718, f. 8 et 9.)

(3) Voir Schachmann.— *Cirrhose hypertrophique*; these Paris, 1887, p. 102.

(4) Charcot. — *Mal. du foie et des reins*, éd. 2, 1882, p. 246.

appliquée aussi à la sclérose du foie. (Duplaix, 1883, Demange, 1886, Boy-Teissier, 1887).

La ligature de la VEINE SUS-HÉPATIQUE ne pourrait donner lieu qu'à une thrombose accompagnée d'apoplexie du foie; une sclérose n'aurait pas le temps de se produire.

On ne sait rien encore au point de vue expérimental sur ce que donneraient les lésions des NERFS, des vagues ou du plexus solaire; les altérations consécutives aux lésions nerveuses que l'on trouve dans l'estomac, dans le poumon (Brown-Séquard, Schiff, etc.) n'ont pas été étudiées dans le foie.

Le TRAUMATISME local donne lieu le plus souvent à une hépatite aiguë, ce qui sort de notre sujet. Pourtant, on peut rappeler les résultats obtenus par Podvisotsky (1) dans ses recherches sur la régénération du tissu hépatique chez les Mammifères. Un trauma du foie provoque chez le chat ou le rat une néoformation de canalicules biliaires modérée ; mais elle deviendrait colossale chez le lapin et le cobaye, dans les mêmes conditions. En irritant le foie par le passage d'un séton (Charcot), par une injection d'acide phénique ou de nitrate d'argent, on obtient une abondante migration de cellules lymphatiques autour des cellules détruites et la formation d'une cicatrice ; ce qui n'a rien de spécial.

Dans les scléroses biliaires expérimentales que nous venons de passer en revue, il y a irritation des voies biliaires et production de ces singuliers boyaux ou cordons épithéliaux qu'on désigne sous le nom de néo-canalicules biliaires, et qu'a étudiés à fond le P[r] Cornil en 1874. On sait maintenant qu'ils accompagnent presque toutes les cirrhoses, mais il était logique, au début, de leur attribuer une part prépondérante dans le processus de la sclérose et de regarder la formation ambiante du tissu fibreux comme secondaire. C'est l'idée qui faisait réunir la sclérose biliaire clinique, l'expérimentale et la cirrhose hypertrophique dans un même groupe, constituant pour le foie les cirrhoses épithéliales, comparables à la sclérose pulmonaire des broncho-pneumonies chroniques (2). Dans la cirrhose de Laënnec, qui se produit autour des veines, le parenchyme hépatique paraît souvent intact, ou du moins le paraissait, car la technique permettant d'obtenir des coupes plus fines et des colorations plus électives a montré que les lésions cellulaires étaient très fréquentes. C'était donc le type de la cirrhose primitivement conjonctive, comme l'avait définie Gubler dans sa thèse d'agrégation de 1853. Or, les premiers essais faits pour reproduire dans le foie des lésions comparables à celles de la cirrhose atrophique donnèrent à peu près constamment des lésions cellulaires marquées, avec une très faible prolifération du tissu conjonctif. Ce qu'on obtenait était donc en désaccord avec la clinique et l'interprétation qu'on avait cru pouvoir en tirer. Aussi, voyons-nous les expérimentateurs réagir contre l'idée ancienne et vouloir faire de la sclérose de Laënnec une affection d'abord épithéliale, ou tout au moins portant simultanément sur les deux éléments du foie. Ce court aperçu était nécessaire pour faire comprendre les interprétations que nous allons avoir à exposer en parlant des scléroses hépatiques de cause générale.

Pour obtenir, par une imprégnation totale de l'individu, une lésion élective localisée à la glande hépatique, trois sortes d'agents peuvent être mis en œuvre, correspondant aux trois sortes de causes que fournit la clinique : les agents infectieux, dyscrasiques ou toxiques. Dans le premier ordre de cas, on a affaire à un poison vivant, qui jouit de la propriété de se reproduire et de pulluler; la cirrhose tuberculeuse en est le type le mieux connu. Dans le second ordre de cas, le poison est fourni par le jeu même des organes de l'individu considéré; la cirrhose qui survient si souvent à la fin du diabète en est un exemple. Dans le troisième cas, le produit toxique est introduit du dehors à doses répétées; c'est ce qui se passe dans la cirrhose alcoolique. Au fond, le processus est le même; c'est un empoisonnement chronique. C'est évidemment le groupe des cirrhoses toxiques, le dernier, qui a été le plus étudié. Pour la *cirrhose infectieuse*, le type expérimental est, comme le type clinique, fourni par la tuberculose. L'introduction de culture diluée dans les veines chez le lapin et le cobaye, montrent la thrombose des petites veines, la présence dans leur cavité de cellules géantes et de bacilles, et, plus tard, l'inflammation de la paroi (1). Les *cirrhoses dyscrasiques* n'ont pas encore été étudiées d'une façon comparable aux scléroses rénales par exemple. M. Gaucher (2) a fait de gros reins blancs en injectant à des cobayes des matières extractives, leucine, tyrosine, etc., et tout fait prévoir que cette méthode appliquée au foie donnerait des résultats. Pour les *cirrhoses toxiques*, au contraire, il y a presque abondance de travaux. Les alcaloïdes ont été essayés; la colombine, principe actif du Colombo, a donné sur des poules de la dégénérescence granulo-graisseuse du foie entre les mains de Roux. Nous avons observé aussi des stéatoses considérables du foie chez des chiens soumis aux injections de morphine (Soc. Biologie, 1888). Mais ce qui, au point de vue de la sclérose conjonctive a donné les plus importants résultats, c'est l'emploi des alcools et des poisons minéraux.

L'arsenic, le mercure donnent un état plus ou moins gras des divers organes chez les animaux mis en expérience, même après de faibles doses (Guntz, 1885), le phosphore qui a été beaucoup plus employé détermine suivant les doses la stéatose ou la sclérose. Léeorché, dès 1868, avait noté la stéatose aiguë ; O. Wegt, en 1878, par des doses très élevées de phosphore amena la stéatose du foie, tandis que Wegner, par des doses minimes prolongées, obtenait une hépatite interstitielle et même une véritable sclérose. En 1884, Ackermann, à l'Assemblée des naturalistes et médecins allemands (Congrès de Magdebourg) et Kussner se fondant sur ce double fait, que le phosphore agit d'abord sur les cellules du parenchyme, et que son action lente détermine de la sclérose interstitielle, proposent de remanier l'étiologie de la cirrhose du foie et font de l'atrophie avec dégénérescence graisseuse de la cellule hépatique, le phénomène primitif, capital, d'où résulte le développement insterstitiel du tissu conjonctif et des vaisseaux. Krönig (3), avec des doses très faibles, obtient sur un chien une prolifération conjonctive abondante, avec dégénérescence hyaline des vaisseaux.

En somme si l'on cherche en clinique, en dehors de l'empoisonnement aigu par le phosphore, à quel type doivent répondre ces lésions d'hépatite parenchymateuse avec réeution du tissu interstitiel, où on ne voit

(1) Voir Golouboff.—*Question des cirrhoses. Progrès médical*, 28 avril 1888.

(2) Brissaud.—*Revue générale du cours du prof. Charcot.* (*Revue de médecine*, 1881, p. 510).

(1) Cornil.—*Tuberculose en général* : leçon recueillie par Toupet. (*Journal des Sc. médicales*, 1888, p. 37).

(2) Gaucher.—*Néphrites expérimentales.* (*Soc. méd. des hôpitaux*, 3 janvier 1888.)

(3) Krönig.—*Cirrhose phosphorée.* (*Soc. de médecine interne de Berlin*, 4 juillet 1887.)

que les cirrhoses graisseuses qui s'en rapprochent, car personne ne paraît avoir obtenu le foie rétracté de la cirrhose vulgaire.

Le plomb a été beaucoup moins étudié que le phosphore. Les expériences d'Annuschat ont montré qu'il s'éliminait par la bile chez les animaux intoxiqués, mais sans qu'on ait cherché quelle réaction il déterminait dans la glande.

Les scléroses alcooliques présentent une histoire très comparable à celle des scléroses phosphorées. On a d'abord donné de la stéatose, comme le montrent les examens faits par Cornil sur les foies des animaux empoisonnés par Dujardin-Beaumetz et Audigé. Puis viennent les travaux de Z. Pupier (1) sur les poulets et de Straus et Blocq sur les lapins. Ces derniers auteurs ont obtenu des lésions du foie systématisées à la gaîne de Glisson et consistant en une infiltration assez abondante de cellules lymphatiques, répartis autour des canaux de l'espace porte et denticulant légèrement par places le contour des acins. Les cellules hépatiques étaient normales. Un des animaux mis en expérience a vécu un an.

On voit donc que le degré de l'intoxication est tout. Nous avons vu récemment des lésions de cirrhose au début chez une jeune femme morte de paralysie alcoolique après un an d'intoxication environ; les figures obtenues étaient tout à fait semblables à celles que donnent MM. Straus et Blocq, à part un point, la stéatose prononcée des cellules hépatiques. C'était une cirrhose graisseuse, sans tuberculose d'ailleurs.

En résumé, quel que soit l'agent employé, on obtient avec des doses fortes une stéatose de la glande; avec des doses faibles un état mixte correspondant aux cirrhoses graisseuses, hypertrophiques ou non. La sclérose de Laënnec, le foie clouté échappe encore jusqu'à présent, mais il est très probable que cela tient au peu de durée des intoxications; on frappe trop fort et trop vite. Du reste, en clinique, nous voyons un même agent, l'alcool, donner une sclérose graisseuse dans certaines conditions; quand il est pris à fortes doses, chez des sujets jeunes, peu résistants, femmes, ouvriers surmenés, et produire la sclérose de Laënnec chez les hommes sédentaires, se fatiguant peu, buveurs de vin, toutes circonstances qui ralentissent l'intoxication. C'est ainsi que l'on peut, croyons-nous, comprendre les rapports des deux formes de la cirrhose alcoolique, dont le parallèle a été fait par notre maître, M. Lancereaux. Or l'expérimentation se rapprochant des conditions de la production de la cirrhose graisseuse, donne des cas semblables.

(1) Z. Pupier. — *Action des liqueurs dites spiritueuses sur le foie.* (*Arch. Physiologie*, nº 4, 15 mai 1888, p. 417).

(2) Straus et Blocq. — *Etude expérimentale, de la cirrhose alcoolique du foie.* (*Arch. Physiologie*, 1887, t. II, p. 409.)

Société centrale de médecine vétérinaire. — La Société centrale de médecine vétérinaire a tenu il y a plusieurs semaines déjà une assemblée annuelle dans le local de la Société nationale d'acclimatation, 41, rue de Lille. Après une allocution du président, M. Benjamin, qui a fait l'éloge des membres de la Compagnie décédés dans l'année, le secrétaire général, M. Leblanc, a fait le panégyrique de l'une des sommités de la médecine vétérinaire, professeur à l'école d'Alfort, M. Magne. Il a énuméré les travaux nombreux auxquels s'est livré M. Magne durant sa longue et laborieuse carrière, et les services qu'il a rendus aux agriculteurs par la publication de ses études. Il a été procédé ensuite à la proclamation des noms des lauréats qui ont envoyé, dans le cours du dernier exercice, les meilleurs travaux sur la médecine vétérinaire.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Inauguration de l'Institut Pasteur.

Le 14 novembre 1888, une foule d'élite, composée surtout de savants, de médecins, d'hommes politiques, se pressait dans la bibliothèque du nouvel Institut Pasteur, 23, rue Dutot, dans le quartier de Vaugirard. Il s'agissait d'inaugurer le beau monument, élevé au moyen de souscriptions venues surtout de France, mais aussi du monde entier, pour l'étude surtout des méthodes de traitement de la rage. Ces vastes laboratoires ont été créés aussi pour être un centre d'enseignement des méthodes microbiennes et pour favoriser toutes les recherches portant sur la prophylaxie ou le traitement des maladies infectieuses.

A 1 h. 20, arrivait le Président de la République, qui, reçu par M. Pasteur, fit bientôt son entrée dans la salle, suivi des grands ducs de Russie, des présidents de la Chambre et du Sénat, du président du Conseil, des ministres de l'Instruction publique, du commerce, des finances, d'un grand nombre de membres de l'Institut et du corps diplomatique, de savants, etc. Certainement plus de mille assistants. M. Bertrand, secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences, ouvre la séance par un discours plein de finesse, comme il sait les faire. Il célèbre d'abord la gloire du maître, indique où en est arrivée sa doctrine et, après avoir montré la grandeur du triomphe, il remonte bien loin dans le passé et rappelle une anecdote de sa jeunesse. Il causait alors — il y a quarante ans de cela — avec son camarade Verdet, qui essayait de prédire l'avenir et se demandait lequel de leurs camarades arriverait le plus haut dans la voie scientifique. Il prononça le nom de Pasteur et pourtant il conservait des doutes: « Pasteur ne connaît pas les limites de la science, disait-il. Je crains pour lui de stériles efforts; il aime les problèmes insolubles. » Pouvait-on, ajoute M. Bertrand, se tromper avec plus de sagacité?

M. Grancher prend alors la parole et, dans un très intéressant et très complet discours, il montre les origines de la vaccination. Il rappelle les étapes parcourues par M. Pasteur et ses élèves, en commençant par le rouget, le choléra des poules, pour arriver à la vaccination charbonneuse, et enfin à la vaccination rabique; chaque période est marquée par des découvertes capitales qui deviennent des méthodes générales. Puis les applications pratiques en découlent immédiatement. Peu importent les oppositions violentes, tantôt scientifiques et systématiques comme celle de Koch, tantôt purement passionnelles sous la rubrique de traditionnelles, comme celles qui, en France même, furent plus ardentes peut-être encore. Aujourd'hui, l'évidence existe; les chiffres parlent d'eux-mêmes.

M. Grancher, en effet, expose les résultats obtenus par les vaccinations rabiques, non seulement à l'Institut Pasteur, mais aussi dans les vingt Instituts similaires qui existent déjà nombreux dans les autres pays, en Russie, en Italie, au Brésil, dans la République Argentine, etc. D'une façon générale, là où on a appliqué seulement la vaccination simple, le taux de la mortalité n'a jamais dépassé nulle part 5 0/0, et encore s'agissait-il souvent de morsures très graves comme celles des loups enragés. Avec la méthode intensive, les chiffres baissent singulièrement; on arrive à 2. 1 0/0 et même dans le dernier exercice de l'Institut Pasteur à 0,60 0/0. Et pourtant, il faut bien le remarquer, on compte les cas très nets où les sujets, ayant succombé peu après la vaccination, l'inoculation de leur bulbe aux chiens a montré qu'ils étaient morts de la rage canine, malgré l'inoculation. D'autre part, on élimine de

plus en plus les cas dits douteux si bien que l'on peut affirmer, à quelques rares exceptions, qu'on ne vaccine que des gens mordus par des chiens réellement enragés. Bien plus, dans plusieurs Instituts, notamment en Russie, on a eu avec la méthode intensive des séries de 150 à 200 vaccinés, dont pas un n'a succombé. Or, si l'on compare cette mortalité, après vaccination, à celle des sujets mordus et non vaccinés, en se basant par exemple sur la dernière statistique du département de la Seine, on voit que dans ce dernier cas elle est de 15 0/0, chiffre d'ailleurs généralement admis par les diverses personnes qui ont étudié la question. L'évidence est donc absolue.

M. Christophle dans un charmant discours montre les prodiges qu'a accomplis la fée de la Bienfaisance, pour venir en aide à la fée du Travail et de la Science, dans la lutte qu'elle a eu à soutenir contre les mauvais Génies, qui à la fin ont été non seulement terrassés, mais même transformés en instruments de guérison. Il montre la baguette magique faisant sortir de terre ces beaux bâtiments si bien aménagés, grâce aux dons souvent magnifiques des riches, des souverains, comme aussi à l'obole des petits, parfois même des pauvres. 2.586.680 fr. ont été versés. L'achat du terrain, la construction des bâtiments ont demandé 1.463.786 francs : l'installation des appareils scientifiques coûtera 100.080 fr. Et, qu'on ne l'oublie pas, tout le monde a voulu collaborer à l'œuvre : les architectes n'ont pas voulu d'honoraires, les entrepreneurs ont abaissé leurs tarifs. Il reste donc un million vingt-deux mille francs pour l'entretien de l'Institut ; mais on aura certainement de nouveaux dons.

Enfin le fils de M. Pasteur a fort bien lu le discours de son père que certainement l'émotion l'aurait empêché de lire. M. Pasteur montre d'abord qu'une des gloires de la France réside dans son enseignement supérieur. Elle a donc fait et fait beaucoup pour lui. Il remercie tous ceux qui ont apporté leur offrande, souscriptions collectives, libéralités privées, dons magnifiques et jusqu'à l'épargne prélevée par l'ouvrier sur le salaire de sa rude journée. Le Sultan, l'Empereur du Brésil, le Tsar, ont adressé des dons royaux. Mais, en constatant le triomphe avec une vive émotion, M. Pasteur donne un souvenir mêlé d'amers regrets à ses maîtres, ses amis, à Dumas, Bouley, Bert, Vulpian, qui hélas! ne sont plus là. Mais heureusement l'œuvre est fondée ; elle ne périra pas, continuée par ses collaborateurs et ses disciples. Le traitement de la rage sera dirigé par M. le prof. Grancher, avec la collaboration des Drs Chantemesse, Charrin et Terrillon. M. Duclaux, prof. à la Faculté des Sciences, fera avec l'autorisation du Ministre, dans l'Institut, son cours de Chimie biologique, que jusqu'ici il faisait à la Sorbonne ; il dirigera le laboratoire de *Microbie générale*. M. Chamberland sera chargé de la *Microbie dans ses rapports avec l'hygiène* ; le Dr Roux enseignera les *méthodes microbiennes* dans leurs applications à la médecine. Enfin les Drs Metchnikoff et Gamaleia, qui veulent bien prêter leurs concours, étudieront la morphologie des organismes inferieurs et la microbie comparée. En terminant, M. Pasteur donne les sages conseils de rigueur scientifique qu'il a d'ailleurs toujours appliquée à toutes ses recherches. « N'avancez rien qui ne puisse etre prouvé d'une façon simple et décisive. Ayez le culte de l'esprit critique. Réduit à lui seul, il n'est ni un éveilleur d'idées, ni un stimulant de grandes choses. Sans lui tout est caduc. Il a toujours le dernier mot. » Belles et profondes paroles que tout chercheur ne devrait jamais oublier. Enfin en terminant M. Pasteur met en parallèle « les deux lois contraires qui semblent aujourd'hui entrer en lutte : une loi de sang et de mort qui, en imaginant chaque jour de nouveaux moyens de combat, oblige les peuples à être toujours prêts pour le champ de bataille, et une loi de paix, de travail, de salut qui ne songe qu'à délivrer l'homme des fléaux qui l'assiègent... » Laquelle de ces deux lois l'emportera sur l'autre ? Dieu seul le sait. Mais ce que nous pouvons assurer, c'est que la science française se sera efforcée, en obéissant à cette loi d'humanité, de reculer les frontières de la vie. »

Ces paroles, fréquemment interrompues par d'enthousiastes applaudissements comme d'ailleurs les discours précédents, ont été suivies d'un cri général de Vive Pasteur ! M. le Président de la République a serré les mains du Maître auquel l'émotion arrachait des larmes. Se levant alors, le Président rappelle que M. Pasteur, ne voulant rien accepter pour lui, n'a demandé de récompenses que pour ses élèves : il attache alors sur la poitrine de MM. Grancher et Duclaux la croix d'Officiers de la Légion d'honneur et la croix de Chevalier sur celle de M. Chantemesse. Il donne les palmes d'Officier de l'Instruction publique à l'architecte.

Puis la visite de l'établissement a commencé, M. Pasteur guidant le Président qui, suivi de toute l'assistance, a examiné attentivement et en demandant des explications les beaux laboratoires, le service des vaccinations rabiques, les écuries, le chenil. Tout est admirablement agencé, construit solidement et simplement, muni des perfectionnements les plus récents. On voit partout la preuve d'une attention minutieuse qui a présidé aux plus petits détails.

A trois heures, le Président se retirait et cette belle fête prenait fin. Fête bien peu commune que celle qui couronne l'œuvre d'un Maître, de son vivant même. Bien rare spectacle que celui du triomphe définitif, éclatant d'une doctrine, en présence même de celui qui l'a créée et constituée! Cette suprême joie, M. Pasteur a pu la goûter pendant cette fête qui était la consécration définitive, le couronnement de son œuvre ! Aussi tout le monde a-t-il emporté de cette cérémonie une impression profonde, un inoubliable souvenir, comme aussi la conviction qu'aussi bien outillée maintenant l'œuvre allait prendre un nouvel essor et l'Institut Pasteur devenir un centre actif de travaux et de recherches originales. L. CAPITAN.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(*Ouverture des Cours du Semestre d'hiver 1888-1889*).

Cours de Clinique médicale (*Hôpital Necker*) : M. le Pr Peter.

C'est le 9 novembre, à 9 heures 1/2 du matin, que M. PETER a ouvert son cours. Poursuivant des idées qui lui sont chères, M. le professeur PETER a consacré cette première leçon à l'examen des doctrines scientifiques courantes. La clinique sans doute s'occupe de malades et non de maladies, mais elle doit s'intéresser aux conceptions doctrinaires de l'époque. Voilà pourquoi il est bon d'analyser le fonds de la théorie microbienne. D'emblée, M. Peter nous exprime son opinion en intitulant sa leçon : *Grandeur et décadence du Microbe*. Il fait ressortir, en opposant les uns aux autres des faits d'ordres divers, les contradictions qui émergent des travaux des investigateurs à la recherche d'un tout autre résultat. Telle l'infection du virus rabique, indemne d'éléments organisés de cette nature, telle la vaccination par des liquides dépourvus justement des microbes considérés comme générateurs de chacune des maladies infectieuses de laquelle ces liquides préservent. Si bien, qu'après avoir attribué à la quantité des microbes pullulant dans l'organisme l'action pathogène, on en est, à l'école de la rue d'Ulm, venu à imputer cette

action à leur sécrétion alcaloïdique, c'est-à-dire non plus à la matière vivante, mais à un agent chimique qualitatif. Autrement dit le microbe a été décrété d'impuissance de par ses propres parrains, et, comme jadis, on inculpe le milieu dont il sort; il y a des microbes inoffensifs, il y en a d'offensifs ; le microbe est le colporteur et non le facteur du virus. Est-ce à dire que ces études soient vaines ? Point du tout. Les grandes vues et les grands mouvements intellectuels produisent toujours des éléments de progrès. Celui-ci se compose d'un agrégat de fractions de vérités émanées d'une serie de théories. Ces théories ont successivement évolué; elles ne sont tombées que le jour où elles ont prétendu plier à leur cadre étroit (l'absolu n'existe point) la médecine entière. Mais toutes ont laissé après elles des germes dont la fusion s'est traduite par un pas en avant. Le rôle du professeur, c'est de le faire connaître. S'il nous était permis de consigner notre opinion, nous ajouterions, qu'en effet, le professeur a pour mission de doubler son enseignement technique d'un cours de méthode, de former le jugement des élèves. En leur apprenant à manier la critique et à se garer des exagérations toujours nuisibles aux intérêts des malades (on commençait à empoisonner les malades d'agents microbicides), M. Peter estime qu'il remplit un devoir en s'élevant contre les exagérations de certains partisans des doctrines microbiennes.

Cours de Clinique médicale (*Hôtel-Dieu*) : M. le Pr G. Sée.

Le professeur Sée a ouvert son cours de clinique le 12 novembre par une leçon consacrée à un exposé général du plan qu'il compte suivre pour étudier durant une partie de l'année les maladies du cœur. Ce sera là chose nouvelle, étant donnée la conception générale qui présidera à cette étude. M. Sée se propose d'opérer la réorganisation générale des maladies du cœur, en se basant non plus sur la symptomatologie, mais bien sur l'étiologie. Tout d'abord le professeur établit que toutes les lésions valvulaires sont consécutives à une endocardite, que cette endocardite n'est pas une maladie inflammatoire, au sens ancien du mot : il serait donc plus juste de dire *endocardie*, tout comme d'ailleurs il faudrait dire *artérie* et non arétrite. Or, toutes les *endocardies* sont microbiques, d'où il suit qu'il faut considérer toutes les maladies valvulvaires du cœur comme étant d'origine infectieuse. M. Sée montre par une série d'exemples que cette affirmation, absolument prouvée pour certaines formes, peut se démontrer également, par analogie, pour tous les types cliniques : on peut donc dire que les lésions valvulaires ne sont que le stade ultime de la lésions microbienne des valvules. A la suite de ce premier groupe, le plus considérable, M. Sée classe en différentes séries les autres affections cardiaques : propagation aux valvules (athérome ou sclérose) ; lésions des coronaires d'origines diverses, mais avec les mêmes effets (dégénérescence du myocarde, mort subite) ; les autres dégénérations ; l'hypertrophie et la dilatation ; les altérations des nerfs du cœur (troubles du rythme et du fonctionnement) ; les anévrysmes, thromboses et embolies ; enfin les lésions péricardiques.

Le Pr Sée est toujours passionné pour les idées nouvelles qu'il défend avec ardeur et dont il tire toujours des déductions hardies et d'un caractère très général. Il semble vouloir s'imposer un grand travail, ainsi que le prouve le programme fort compliqué qu'il a exposé et dont le développement présentera certainement de l'intérêt et de l'originalité

Cours de Clinique médicale (*Hôpital de la Pitié*) : M. le Pr Jaccoud.

En pénétrant dans l'amphithéâtre exigu qui sert de scène aux leçons officielles d'une des cliniques universitaires de Paris, nous n'avons pu nous défendre samedi dernier d'un sentiment de tristesse. Sans doute c'est au lit du malade que s'apprend la médecine, mais cette individualisation s'effectue au plus grand bénéfice de l'enseignement dans une salle convenablement disposée ; la démonstration à une assistance habilement installée est la raison des chaires cliniques. Or, ces conditions ne sont point remplies par l'amphithéâtre de la Pitié. Quant au Pr Jaccoud, toujours précis, élégant, châtié dans son style, il est demeuré le clinicien que l'on connaît. Ce 10 novembre ont sonné pour lui vingt-deux années d'enseignement. Et la science qui a progressé n'a pas renversé, nous dit-il, la définition qu'il donnait de la clinique au début de ses leçons. La clinique est à la fois un art et une science. Elle est un art par l'observation ; une science par la recherche du pourquoi et du comment; cette recherche du pourquoi et du comment des phénomènes crée à la clinique des obligations. Elle est constamment préoccupée d'emprunter judicieusement aux sciences médicales. Or, ses obligations se sont encore accrues par suite de la création d'une nouvelle branche, la *Bactériologie*. Quelle doit être l'attitude de la clinique vis-à-vis d'elle ? Celle de la clinique vis-à-vis des sciences aînées. Y puiser tous emprunts qu'elle jugera utiles et appropriés, sans se laisser dominer par elle. Les sciences apportent des éléments à la clinique ; or, apport ne veut pas dire substitution. La clinique, qu'elle soit moderne ou contemporaine, enrichit sans les supprimer les vérités anciennes précédemment acquises.

Sur cette entrée en matière, le professeur établit devant les élèves *de vivo* le diagnostic d'un anévrysme multiple syphilitique de l'aorte. Graduation des effets dans l'exposition, mise en relief imagée des symptômes, description nuancée de l'évolution progressivement favorable de la maladie considérée soit à partir du début fourni par les commémoratifs (1883), soit au cours de l'observation clinique (1886-1888), désignation convaincue de la solidification graduelle de la poche, malgré d'énergiques assauts (érysipèle et pneumonie graves), telle est l'impression que la leçon de M. Jaccoud jette dans l'esprit de l'auditeur.

Cours de Clinique des maladies mentales (*Asile Sainte-Anne*) : M. le Pr Ball.

Le dimanche et le jeudi sont consacrés, ainsi que les années précédentes, à l'enseignement de la psychiâtrie de la Faculté. Le dimanche matin étant spécialement réservé à la leçon orale, M. Ball a ouvert son cours dimanche dernier 11 novembre. Le sujet choisi pour une longue série de leçons est la *persécution pathologique*. En voici le plan. Il comprend cinq divisions : 1° Le délire des persécutions classique : 2° Le délire des persécutions avec idées ambitieuses ; 3° Le délire des persécutés persécuteurs ; 4° La folie communiquée ; 5° Les idées de persécution. C'est par le délire des persécutions que M. Ball est entré en matière, en en greffant la description sur l'histoire d'un malade. A la suite des développements du professeur, on amène quelques aliénés qui sont interrogés par les assistants de la clinique. Il nous semble que l'inverse devrait être fait, et que l'analyse des malades devrait être scrupuleusement et méthodiquement poursuivie, puisqu'il s'agit d'un cours clinique et non d'un cours de pathologie. Le tableau présenté est sans cela trop artificiel. Conduire les élèves par la main, tel est le devoir du professeur de clinique. Faire l'histoire d'une maladie, tel est celui d'un professeur de

pathologie. Entremêler les deux ordres de démonstrations constitue une synthèse difficilement assimilable pour ceux qui n'ont pas l'habitude de la psychiâtrie.

Cours de clinique obstétricale : M. le Pr Tarnier.

M. Tarnier, professeur de théorie des accouchements, délégué par le Doyen à la chaire de clinique, a fait sa première leçon, à l'hôpital de la clinique, samedi dernier, à dix heures. Entouré d'un très nombreux et brillant auditoire, parmi lequel on pouvait remarquer à titre d'élèves personnels une grande partie des accoucheurs des hôpitaux et tous les agrégés d'obstétrique en exercice, le professeur a consacré cette première leçon à tracer, en un exposé magistral, l'historique de l'enseignement officiel de l'obstétrique en France. Nous voulons seulement ici signaler les marques de déférente et profonde sympathie qui ont accueilli M. Tarnier dès cette prise de possession de l'enseignement pratique. Ce qui vaudra mille fois mieux pour nos lecteurs qu'une analyse, quelque étudiée qu'elle puisse être, nous aurons la bonne fortune de leur présenter dans un prochain numéro, la leçon inaugurale de M. Tarnier. Les leçons cliniques auront lieu le mardi et le samedi à 9 heures Le jeudi sera plus spécialement consacré à la consultation de gynécologie. Chaque jour, en outre, à la visite du matin, à 8 h. 1/2, les élèves sont exercés par le professeur à l'examen tantôt des femmes enceintes, tantôt de femmes en travail ou accouchées. Rappelons ici que les élèves inscrits à la clinique sont classés en séries, et appelés chaque jour au nombre de six pour pratiquer les accouchements, de 8 heures du matin à 10 heures du soir et à participer d'une façon active à la consultation des femmes enceintes venues du dehors, laquelle a lieu chaque jour à 3 h. 1/2 de l'après-midi.

Cours d'anatomie pathologique : M. le Pr Cornil.

En présence d'un amphithéâtre bien garni, le savant distingué, dont nous sommes justement fiers, a ouvert son cours lundi soir. La méthode est éminemment didactique. Le cours se compose de deux parties. L'an dernier, M. Cornil a traité de l'anatomie pathologique générale. Cette année il s'occupe des *lésions des organes*. Comme l'anatomie pathologique ne se comprend que par l'anatomie normale et que les lésions ne se peuvent se saisir que si l'on connaît la structure normale des organes envisagés, M. Cornil expose brièvement l'ensemble de l'anatomie descriptive correspondante; il entre dans le détail de l'histologie, sans laquelle les altérations macroscopiques et microscopiques seraient inintelligibles. Ce soin préalable est d'autant plus indispensable que cet ordre de connaissances progresse chaque année. Les nouvelles découvertes transforment pour ainsi dire à vue d'œil ce groupe de matériaux qui constituent la base des sciences médicales. Pièces, projections d'anatomie et d'histologie, dessins faits à la main sous les yeux des élèves, tels sont les éléments d'instruction dont l'auditoire est appelé à profiter. Ajoutons à cela une leçon pratique au laboratoire par semaine. C'est par les organes génitaux de la femme que M. Cornil a commencé; en suivant rigoureusement ce programme, clair dans son exposition, bien secondé par son personnel, il doit forcément former des médecins instruits. Plus nous suivons l'enseignement de la Faculté, plus nous regrettons d'avoir quitté les bancs de l'école. Nous ne saurions trop conseiller à nos jeunes confrères de venir le plus possible se retremper dans ce milieu qui affermit en nous de jour en jour davantage une conviction déjà ancienne : l'exercice de la médecine la plus terre à terre est au plus haut point fécondé par une instruction radicalement scientifique. Le médecin ne doit point être un simple vendeur de recettes.

Cours d'histologie : M. le Pr Duval.

M. le Pr Mathias-Duval a ouvert son cours d'histologie dans le grand amphithéâtre de la Faculté, devant un public nombreux et sympathique. Il a annoncé aux étudiants que, grâce à un cours complémentaire fait pendant le semestre d'été par M. Quénu, ils pourraient suivre cette année un cours complet d'histologie. En ce qui le concerne, M. Mathias-Duval veut que son enseignement, dégagé de tout esprit de doctrine, apprenne les faits aux élèves ; et comme un fait ne peut guère se retenir s'il n'a été directement observé, il engage vivement ses auditeurs à suivre assidûment les travaux pratiques pour lesquels des aides d'histologie, savants et zélés, ne ménagent ni leur temps ni leur savoir. Ces travaux, depuis l'année dernière, se font dans des locaux bien aménagés, bien éclairés et à des heures commodes pour tout le monde. Leur importance est encore augmentée par l'existence d'une nouvelle épreuve au deuxième examen de doctorat, épreuve consistant dans la reconnaissance et la description d'une préparation microscopique. L'enseignement de M. Duval est clair, précis, substantiel ; c'est l'un des plus suivis de la Faculté. Quel nouvel éloge en faire ? Nos lecteurs savent depuis longtemps avec quel succès le professeur fait son cours. Nous ne pouvons ici qu'engager les étudiants à suivre avec la plus grande assiduité les leçons d'un tel maître.

Cours d'anatomie : M. le Pr Farabeuf.

Vendredi, à 4 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, M. le Pr Farabeuf a ouvert son cours d'anatomie. Après avoir exprimé à ses auditeurs toute la joie que lui avaient causés les applaudissements chaleureux qui avaient accueilli son entrée, M. Farabeuf leur a avoué le chagrin qui venait la ternir. Ce chagrin est causé par les souffrances continuelles qui depuis deux ans torturent le savant professeur et l'empêchent de se livrer à l'enseignement de l'anatomie avec tout le zèle qu'il désirerait y apporter. C'est que M. Farabeuf sent bien que cette partie de l'enseignement médical, malgré les réformes apportées dans ses dernières années, peut être même à cause de ces réformes est loin d'être parfaite. Le nouveau régime d'études, en cherchant à assurer aux étudiants en médecine des connaissances scientifiques plus sérieuses que celles exigées à la Sorbonne pour passer avec succès le baccalauréat ès sciences, a porté une grave atteinte à l'étude de l'anatomie. Le jeune étudiant qui arrive à la Faculté, consacre toute sa première année à l'étude exclusive de la physique, de la chimie et de l'histoire nature médicales. L'anatomie est bannie du programme ; ce que M. Farabeuf considère comme un mal. A la fin de cette première année, l'examen subi est définitif. Il en est de même du 2me de doctorat, subi après une période de travaux pratiques malheureusement trop courte. Or, ce défaut de révision est le grave défaut du nouveau régime. Pourquoi supprimer toute révision dans le cours des études médicales, alors que tout le monde est d'accord pour reconnaître que ce mode d'études est indispensable dans l'enseignement primaire aussi bien que dans l'enseignement secondaire ? Pourquoi l'étudiant, arrivé à la fin de ses études, ne vient il pas, comme autrefois, à l'amphithéâtre, revoir rapidement son anatomie à un moment où ses connaissances en pathologie pourraient lui permettre de comprendre les applications indispensables au praticien, à tirer des connaissances anatomiques ? Après s'être ainsi attaqué au nouveau régime, M. Farabeuf ne craint pas d'exposer une autre cause d'infériorité de l'enseignement médical en France. Cette cause est la semi-gratuité de l'enseignement. Bien

que l'Etat fasse pour la Faculté de médecine ce qu'il ne fait pour aucune autre Ecole professionnelle, bien que les sommes payées par les étudiants couvrent à peine un dixième de la dépense totale, les étudiants auraient tout avantage à faire comme leurs collègues des autres Facultés d'Europe, à payer eux-mêmes leurs maîtres. M. Farabeuf estime qu'en agissant ainsi, on pourrait renvoyer chez eux les étudiants, au moins une année plus tôt, et avec une somme de connaissances plus considérables et plus solides. Le quart des économies ainsi réalisées par l'étudiant suffirait largement à rétribuer le corps enseignant : aussi bien ceux que M. Farabeuf appelle les grands professeurs, que les moyens et les petits. Le professeur, rétribué par des appointements fixes, est un travailleur à la journée, susceptible, grâce à la sécurité dont il jouit, de laisser son zèle s'éteindre. Ses appointements, d'ailleurs, atteignent à peine le sixième de ceux que peut gagner son collègue de Berlin. Aussi est-il souvent forcé de recourir à la clientèle et de détourner son attention de l'enseignement, qui devrait être son unique souci. Quant aux professeurs moyens et petits, ceux qui vivent chaque jour aux côtés de l'étudiant, ceux qui peuvent les diriger le plus sûrement, que viennent-ils faire dans les pavillons de l'Ecole pratique ? Enseigner, mais surtout apprendre, acquérir la quantité d'adresse qui leur est nécessaire pour gagner plus tard leur vie ? Ces aides précieux, que M. Farabeuf compare spirituellement à nos cadres de sous-officiers, n'existent pas à l'étranger ; c'est là une supériorité de notre organisation. Aussi M. Farabeuf conclue-t-il en affirmant que, certes nous sommes loin d'être mauvais en tout, mais que nous n'avons pas moins beaucoup à observer, à apprendre et à imiter chez les étrangers. Après ce préambule, fréquemment interrompu par les applaudissements de l'auditoire, M. le Pr Farabeuf passe à l'énoncé du programme qu'il se propose de développer pendant l'année scolaire qui vient de commencer : étude des viscères thoraciques et abdominaux, étude des vaisseaux et de leurs rapports. Abordant son sujet, le savant professeur décrit avec la précision, la netteté et le bonheur d'expression, qui font la supériorité de son enseignement, la charpente osseuse qui forme la cage thoracique.

Cours de chimie médicale : M. le Pr Gautier.

M. le Pr Gautier a commencé son cours à la Faculté samedi à 1 heure. Les samedis et jeudis, ce cours sera consacré à la chimie générale et les mardis à la chimie biologique. Cette décision est excellente, car elle permet aux étudiants de connaitre les corps que l'on étudie en chimie biologique dès le commencement du cours. Autrefois, au contraire, la chimie biologique était renvoyée à la fin du cours, de sorte que cette étude était très écourtée, quand elle n'était pas complètement délaissée. Le professeur traitera cette année de la chimie organique. Il a commencé par des définitions générales sur les atomes, les molécules, les lois de proportions multiples, dans le grand amphithéâtre devant un nombreux auditoire. L'affluence des étudiants est la meilleure réponse que l'on peut faire aux théoriciens qui voudraient voir supprimer les sciences accessoires des Facultés de médecine pour être rattachées aux Facultés des sciences. En laissant de côté le point de vue médical, qui fait que les sciences physiques, chimiques et naturelles doivent être enseignées d'une façon tout à fait différentes à la Sorbonne et à l'Ecole de médecine, on se demande comment l'on pourrait pratiquement trouver un amphithéâtre où les étudiants de la Sorbonne et ceux des Ecoles de médecine et de pharmacie pourraient tenir en même temps. Mais, pour répondre à cette idée biscornue émise l'année dernière par un professeur de physiologie dans un mouvement d'expansion, les cours de la Sorbonne doivent être faits en vue de préparer les étudiants de sciences aux licences, et les cours de la Faculté doivent préparer les étudiants aux applications des sciences à la médecine. Ainsi l'avait bien compris l'ancienne Faculté où des médecins avaient été chargés des cours des sciences accessoires. Si l'on s'est écarté de cette sage mesure, il est important d'y revenir peu à peu, en poussant les étudiants en médecine qui veulent s'adonner aux sciences accessoires, soit à la direction des travaux pratiques, soit à l'agrégation, au lieu d'aller chercher le trop plein des écoles voisines étrangères à la médecine, auquel on donne un diplôme pour leur permettre de se présenter à l'agrégation. Le résultat de cette pratique déplorable est que les candidats qu'on est ainsi allé chercher se trouvent absolument étrangers à la médecine, ont enseigné les sciences accessoires comme on les enseigne dans les Facultés des sciences ; aussi est-il venu à l'idée de certains professeurs de supprimer les cours des sciences accessoires des Facultés de médecine pour les transporter dans les Facultés des sciences. Alors, qu'au contraire, il importe de rappeler aux professeurs des Facultés de médecine et de pharmacie qu'ils doivent enseigner les sciences en se basant exclusivement sur leurs applications à la médecine et à la pharmacie. Nous espérons qu'ils ne l'oublieront pas.

Conférences de pathologie générale : M. Ballet.

La propriété pathologique de chacun de nous, dit en commençant M. Ballet, est comme la fortune ; elle provient de deux sources : du labeur personnel et de nos parents, soit immédiats, soit médiats. La fortune pathologique acquise reconnaît trois causes : 1° la réaction nerveuse d'origine périphérique (coryza) ou centrale (surmenage cérébral, neurasthésie) ; 2° la dystrophie élémentaire primitive (trouble apporté à la nutrition des celllules, empêchant leur vitalité), soit physique (brûlure), soit mécanique (gangrène traumatique), soit chimique ; ce dernier agent peut se manifester extérieurement (brûlure par un acide) ou intérieurement : intoxication d'origine extérieure (arsenic, alcool) et auto-intoxication ; 3° les troubles primitifs de nutrition (diabète) ; 4° l'infection soit aiguë, soit chronique. Chacun de ces procédés n'agit pas toujours isolément ; souvent ils se combinent l'un à l'autre. La maladie une fois acquise à la suite de ces causes diverses, peut se transmettre des parents à la progéniture. Cette hérédité porte soit sur des troubles fonctionnels, soit sur la tendance à la dégénérescence, soit sur des troubles d'élaboration des éléments. L'objet du cours que fera le professeur dans ce semestre portera sur l'hérédité pathologique ; à l'hérédité nerveuse vient souvent se greffer l'hérédité arthritique, elles sont unies par des liens étroits. Avant d'aborder l'étude de l'hérédité pathologique, M. Ballet a l'intention de consacrer plusieurs leçons à l'hérédité physiologique. Ce fait reconnu depuis la plus haute antiquité, entraînant avec lui la croyance à la destinee, nié ou tout au moins mis en doute par un grand nombre de savants, revient en honneur de nos jours appuyé par l'expérience. Le professeur fera ensuite l'examen des causes de l'hérédité pathologique. Ces causes sont : le surmènement nerveux, les vices de régime, l'intoxication, les fautes accidentelles, les accidents de la grossesse. L'héréditaire nerveux à de nombreuses branches, des formes très complexes par la gravité. M. Ballet examinera ensuite la marche de l'hérédité dans la famille, la criminalité, enfin les moyens d'empêcher l'hérédité, la régénération.

Conférences de pathologie interne : M. Chauffard.

Le lundi 12 novembre, à quatre heures de l'après-midi, M. Chauffard ouvrait son cours dans le petit amphithéâtre. Un certain nombre de jeunes médecins des hôpitaux, de concurrents au bureau central et d'internes étaient venu applaudir le jeune agrégé. Le petit amphithéâtre, beaucoup mieux éclairé qu'autrefois, reste pourtant très obscur et très chaud ; la voix de M. Chauffard est un peu faible et elle s'éteint presque complètement à la fin des phrases, en sorte que ce cours a plus tôt l'air d'une conférence d'agrégation faite à un auditoire restreint que d'un exposé général. Mais le point de départ une fois admis, nous n'avons qu'à louer la conférence que M. Chauffard a faite avec une finesse et une justesse de touche remarquable. Il était banal, au début, de faire cette question pourtant nécessaire des rapports du foie. M. Chauffard a su la faire courte, en montrer l'importance et la rajeunir par l'exposé des procédés nouveaux d'exploration, en particulier ceux de M. Glénard, qu'il n'admet d'ailleurs que sous réserves.

Le professeur a ensuite abordé l'étude de la séméiologie fine de la glande hépatique après avoir exposé les fonctions de la cellule du foie et rendu justice aux immortels travaux de Claude Bernard. La recherche du pouvoir glycogénique du foie, telle quelle a été formulée en clinique par Colrat, Lépine, Coutourier, et qui constitue maintenant un des modes les plus utiles que l'on ait pour se renseigner sur l'interprètation de la fonction a été aussi étudiée. En somme, cette première leçon montre que, dans la séméiologie générale du foie, M. Chauffard s'efforce d'être à la fois clair, complet et très au courant des travaux les plus récents. Pour les affections particulières de la glande hépatique, les travaux présents à l'esprit de tous ce jeune agrégé nous sont un sûr garant qu'il apportera une pointe d'originalité qui rendra personnel son cours déjà si attachant.

Cours de pathologie externe : M. Bouilly.

Le lundi 12 novembre à 3 heures, M. Bouilly, suppléant M. le professeur Lannelongue, commençait le cours de pathologie externe dans le grand amphithéâtre de la Faculté. A son entrée, le professeur a été accueilli par les applaudissements des nombreux élèves qui avaient autrefois suivi son cours dans le petit amphithéâtre et qui avaient pu apprécier la netteté de sa parole, la clarté de son élocution et la précision méthodique de ses vues chirurgicales et de son enseignement. Il y a deux ans, M. Bouilly avait à traiter devant les élèves des fractures et des luxations; et, malgré la monotomie de ces questions, il avait su grouper autour de lui un auditoire attentif et nombreux. Cette année, il a à étudier, dans le grand amphithéâtre, des maladies chirurgicales de l'abdomen et nous n'avons qu'à applaudir ce choix heureux.

Après avoir, en quelques mots, rendu justice au professeur de l'école et aux travaux de la chirurgie contemporaine, dont il est un des représentants les plus actifs et les plus heureux, surtout dans cette question des opérations abdominales qu'il va avoir à traiter, M. Bouilly entre dans le vif dans son sujet ; il expose les principaux points qu'il aura à traiter : chirurgie du foie, de la rate et la chirurgie du pancréas, qui nous arrive dernièrement d'Amérique, puis la chirurgie du péritoine. Les élèves qui suivent le cours auront le bonheur d'entendre exposer l'hépatotomie pour kystes ou pour abcès, les différents modes d'intervention dans les plaies de l'intestin, le traitement par la laparotomie des péritonites primitives, circonscrites, généralisées, par un des rares chirurgiens de Paris qui se sont faits les défenseurs et les vulgarisateurs de ces opérations. La phrase de M. Bouilly est celle de l'homme qui expose, simplement et d'une façon limpide, les résultats obtenus qu'il a pu vérifier. C'est le ton d'une conversation, mais tel qu'on l'entend bien de tous les points du grand amphithéâtre ; l'élève même le plus faible peut toujours suivre et arrive ainsi à se rendre compte de ce que peuvent faire les chirurgiens contemporains, armés comme ils le sont. C'est une véritable leçon de choses, l'auteur parlant de ce qu'il a vu.

Le cours s'est terminé par une esquisse rapide de la contusion de l'abdomen ; après quoi M. Bouilly abordera la série des grosses questions qu'il nous a promises et qu'il aura le temps de traiter puisqu'il nous a annoncé son vouloir de négliger systématiquement, pour la clarté de l'exposé, tout historique inutile et tout détail superflu. Nous ne saurions donc trop recommander, non seulement aux jeunes élèves, mais à ceux qui préparent des concours sérieux, la fréquentation assidue de ce cours. Ils y trouveront les uns, les fruits d'une expérience clinique déjà mûre, les autres des conférences toutes faites, et tous un talent d'exposition qui désigne son auteur pour un enseignement supérieur.

Cours complémentaire d'accouchements : M. Maygrier.

Samedi dernier, 10 novembre, M. Maygrier a inauguré son enseignement aux étudiants, comme professeur agrégé. Le programme de ce cours est cette année un peu plus chargé que celui des années précédentes. Il comporte l'exposé de toute l'obstétrique, réserve faite des opérations spéciales, lesquelles, en l'absence d'un cours magistral théorique, seront enseignées à l'occasion des manœuvres d'amphithéâtre du semestre d'été. On sait que le professeur de théorie d'accouchements, M. Tarnier, vient d'être délégué par le Doyen à la chaire de clinique En outre, la transformation de la chaire théorique en chaire de pratique est chose définitivement arrêtée dès aujourd'hui (1). Il est donc probable que, à défaut d'un charge de cours spécial désigné pour l'enseignement théorique de cette année, M. Maygrier aura mission de parfaire à lui tout seul, durant ce semestre et le suivant, l'éducation technique des étudiants. La nombreuse et sympathique assistance qui s'est pressée au cours de M. Maygrier dès sa première leçon, a pu s'assurer que cette mission ne pouvait être remise en de meilleures mains. La netteté dans l'élocution, la précision dans l'exposé, sauront attirer et conserver au professeur le même auditoire assidu que la Faculté a coutume chaque année de voir assister aux conférences d'obstétrique. Nous en trouvons d'ailleurs un sûr garant dans ce fait que, dès ce début, nous avons pu constater qu'un grand nombre d'élèves suivaient crayon en main la parole du professeur ; nous ne doutons point qu'il n'en soit ainsi jusqu'à la dernière leçon. Le cours a lieu au petit amphithéâtre de la Faculté, les mardi, jeudi et samedi, à 5 heures.

Conférences d'histoire naturelle : M. Blanchard.

Comme l'an dernier, ce cours s'est « ouvert » au milieu d'un tapage formidable. Les étudiants de seconde année, furieux de la rigueur aux examens, qu'on attribue au professeur, ont mené cette tempête de cris et de sifflets. M. Blanchard a tenu tête pendant une heure, sans sortir de la salle, tantôt essayant de commencer son cours, tantôt répondant aux invectives lancées par les étudiants.

(1) Voir le dernier numéro du *Progrès méd.*.

C'est à grand peine que nous avons pu saisir quelques lambeaux de phrase se rapportant au cours qui doit être fait cette année; il en a du reste été peu dit sur ce sujet. Ces conférences rouleront sur les *Parasites animaux et végétaux*. Parmi les premiers, le professeur comprendra, en dehors des parasites proprement dits, les animaux dangereux par leur piqûre. A cette étude se joindra le traitement prophylactique des maladies dues à ces parasites. Il est à souhaiter que ces désordres ne se reproduisent pas et que les étudiants profitent d'un enseignement fait avec soin et d'une incontestable utilité pratique.

Faculté des Sciences. — Cours de Physiologie : M. le Pr Dastre.

Le sujet du cours de cette année comporte l'étude de la circulation et de la respiration. La première leçon a eu lieu vendredi dernier à l'Institut physiologique, 3, rue d'Ulm, et a roulé sur la physiologie générale de l'appareil circulatoire. M. Dastre a tout d'abord rappelé les idées de Claude Bernard sur le sang, considéré comme le milieu intérieur dans lequel vivent les éléments anatomiques : il a montré combien cette définition était exacte, combien elle était préférable à celle qui est malheureusement encore aujourd'hui trop classique et qui regarde le sang simplement comme le liquide nourricier. Puis, jetant un coup d'œil rapide sur toute la série animale, M. Dastre a expliqué que l'existence d'un liquide sanguin et d'un appareil circulatoire ne constitue qu'un perfectionnement, qu'elle n'est pas indispensable à la vie. Mais au fur et à mesure qu'on s'élève dans la série animale, on voit cette fonction se développer de plus en plus et arriver même à dominer les autres. Ce perfectionnement se fait d'ailleurs d'une façon graduelle aussi bien pour le liquide sanguin que pour l'appareil qui le contient. On trouve d'abord, chez les premiers animaux qui montrent les traces d'une circulation, le *sérochyme*, c'est-à-dire un sang se mêlant directement aux liquides digestifs et renfermé dans un système vasculaire incomplètement clos. Plus loin, on rencontre le *sang plasmatique* qui ne contient pas de globules mais qui est coloré par de l'hémoglobine ou par de l'hémocyanine dissoutes. Plus loin encore, le *sang lymphatique* qui, au contraire du précédent, charrie des globules mais ne possède ni l'une ni l'autre des deux substances colorantes : l'appareil qui contient un sang lymphatique est d'ailleurs mal clos. Enfin, voici le *sang hématifère complet* convoyant des globules chargés d'hémoglobine et renfermé dans un système vasculaire clos de toutes parts. Ce perfectionnement dans la constitution des liquides sanguins ne correspond pas toutefois d'une façon régulière au perfectionnement zoologique : ainsi l'Amphioxus, qui est un vertébré, ne possède qu'un sang lymphatique alors que certains vers sont pourvus d'un sang hématifère. Cette revue de la physiologie générale du sang terminée, M. Dastre a montré dans la série animale le développement successif de l'appareil circulatoire creusé tout d'abord dans la masse du tissu conjonctif. Il a expliqué comment cet appareil arrive à se fermer de tous côtés et à s'adjoindre des organes propulseurs et directeurs : il est arrivé ainsi au schéma de l'appareil circulatoire chez les animaux les plus élevés.

On voit par cette analyse que M. Dastre tient, d'année en année, à marquer d'une façon de plus en plus nette le caractère de son enseignement à la Sorbonne : il s'agit véritablement de physiologie générale et comparée. Ce n'est pas dire pour cela que la physiologie spéciale soit sacrifiée : son étude est au contraire rendue plus facile et plus claire grâce aux notions générales qui sont la base du cours. Aussi nous ne saurions trop engager les étudiants en médecine de deuxième et de troisième années, à assister à ces leçons. Les cours ont lieu le lundi et le vendredi à 3 h. 1/2 (entrée rue de l'Estrapade). A partir du 1er décembre, des conférences pratiques auront lieu le jeudi après-midi. Le vendredi à 5 heures, M. Paul Loye, fera une conférence complémentaire sur la physiologie des organes des sens.

Cours de Clinique chirurgicale (*Hôpital de la Charité*) : M. le Pr Trélat.

M. le Professeur Trélat a repris, mardi matin, ses leçons cliniques à l'hôpital de la Charité, au milieu d'une assistance nombreuse d'élèves et de jeunes docteurs. Comme il en a pris l'habitude depuis plusieurs années, M. Trélat a consacré cette première séance à une revue rétrospective des opérations faites pendant l'année scolaire précédente, au point de vue de leur nombre, de leur nature et de la mortalité qu'elles ont fournie. Il a fait remarquer d'abord la différence qu'il faut établir entre les statistiques opératoires, portant sur toutes les opérations pratiquées dans un même service pendant un laps de temps déterminé, et les statistiques qui visent les résultats thérapeutiques obtenus. Les premières fournissent au chirurgien un moyen de contrôler la puissance de sa technique et de juger la valeur des modifications successives qu'il lui fait subir; de plus, en l'amenant à reprendre l'analyse des cas qui sont venus charger le chiffre de la mortalité, elles lui fournissent d'importants enseignements sur les indications ou contre-indications de certaines opérations. C'est l'étude d'une statistique de ce genre qui fait l'objet de la leçon actuelle ; quant aux statistiques de résultats thérapeutiques, elles ne sont applicables qu'à des séries de faits particuliers, et il n'en est pas question aujourd'hui. La récapitulation générale des opérations pratiquées dans le service de la clinique chirurgicale de la Charité, du 1er novembre 1887 au 1er novembre 1888, donne, sur 389 opérations, 373 guérisons et 16 morts, soit une mortalité de 4,1 0 0 ; ce chiffre est inférieur à celui de l'année précédente, et il devrait être encore abaissé, si l'on en voulait défalquer quelques faits d'opérations *in extremis*, de tentatives désespérées, qui sont venues charger le bilan mortuaire de l'année. M. Trélat passe ensuite à l'étude critique des cas où l'opération a été suivie de mort. Nous ne pouvons le suivre dans cette étude, malgré le vif intérêt qu'il a su donner à son sujet assez aride ; nous nous bornerons à dire que le service n'a pas eu, cette année, un seul cas de pyohémie ni d'érésypèle, ce qui résulte évidemment des progrès qui y ont été réalisés dans la pratique de l'antisepsie.

Entre autres conclusions que M. Trélat a tirées de l'examen détaillé de sa statistique, nous signalerons la nécessité qu'il y a, selon lui, à établir un départ, au point de vue de la mortalité opératoire, entre les opérations qui sont nécessitées par des maladies locales et celles qui sont dirigées contre des maladies de nature infectieuse, ces dernières donnant fatalement bien plus de mortalité que les premières.

M. Trelat termine en faisant ressortir, une fois de plus, l'importance primordiale d'un diagnostic exact et complet, comme base de la fixation des indications et contre-indications operatoires, et comme moyen d'éviter des opérations inopportunes, fatalement vouees à l'insuccès, en dépit des précautions d'asepsie les plus minutieuses.

M. Trélat fait ses leçons et ses opérations à l'Amphithéâtre le mercredi et le vendredi ; le lundi est réservé à la gynécologie et à l'examen des pièces au Laboratoire. Nous ne saurions trop recommander aux élèves de fréquenter ce

service, qui est l'un de ceux où la rigueur du diagnostic est le plus en honneur; quant à l'habileté opératoire et au talent professoral du maître qui le dirige, il serait superflu d'en faire de nouveau l'éloge.

Cours de médecine opératoire : M. le Pr Duplay.

M. le Pr Duplay a commencé mardi dernier, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, son cours d'opérations et appareils Dans un court préambule, il manifeste son intention bien arrêtée de rester fidèle à la méthode d'exposition qu'il a suivie jusqu'ici dans son enseignement. Cette méthode a pour but de mettre l'élève en état de savoir ce qu'il faut faire pour le traitement d'un cas déterminé, et comment il faut le faire, sans embrouiller ses idées par une revue complète de tous les procédés que l'on pourrait mettre en œuvre ; en d'autres termes, le professeur indique, pour chaque affection ou chaque variété d'affection particulière, le mode de traitement qu'il considère comme le meilleur, et ce n'est qu'après avoir fourni de la sorte à ses auditeurs une règle de conduite bien ferme, qu'il leur signale les modifications ou les variantes à y apporter suivant les circonstances. Les avantages que cette manière d'enseigner présente pour l'instruction des élèves sont incontestables et ne pourraient être niés que par quelqu'un qui ne saurait pas combien il est difficile de s'orienter et de choisir, sans guide, entre les nombreux procédés qui encombrent certains chapitres de la médecine opératoire. M. Duplay rappelle que l'objet des cours de cette année est la thérapeutique des maladies chirurgicales dn tube digestif et de ses annexes, et l'étude des opérations qui se pratiquent sur ces organes; mais ce cours comportera en outre une digression dans le domaine de la chirurgie abdominale en général, digression amplement justifiée par l'importance considérable de ce sujet à l'époque actuelle. Le professeur entre ensuite en matière sans plus tarder, et s'occupe en premier lieu du bec-de-lièvre. Après avoir rememoré à ses auditeurs la classification des variétés de cette affection et signalé en passant les difficultés spéciales que créent certaines d'entre elles au travail réparateur du chirurgien, il aborde la question tant discutée jadis et encore assez diversement résolue aujourd'hui, de l'époque à laquelle il convient d'opérer les enfants atteints de cette difformité, et il examine ensuite la question de l'emploi du chloroforme. Après ces considérations générales, il décrit minutieusement l'opération d'un bec-de-lièvre simple, unilatéral ou bilatéral, aussi bien dans ses temps fondamentaux, avivement et suture, que dans les détails divers, tels que: composition de l'appareil instrumental, mode de cautérisation de l'opéré, hémostase, etc.; il insiste ensuite sur les soins locaux et généraux à donner aux enfants après l'opération. Les élèves trouveront à ce cours un enseignement essentiellement pratique, aussi méthodique dans son ordonnance que clair dans sa forme, et il y aura pour eux le plus grand profit à le suivre assiduement.

Une invention heureuse.— Un américain, rapporte la *Revue scientifique*, propose de joindre aux ouvrages de pathologie des *plaques phonographiques* donnant les bruits normaux et pathogiques du cœur, des poumons, etc. Il est probable, ajoute le même journal, qu'on en viendra là quelque jour, et ce sera certainement un grand progrès. Nous n'en doutons pas, nous non plus ; mais la Seine coulera encore longtemps sous le Pont-Neuf avant que les étudiants n'aient chez eux un phonographe aussi perfectionné.

Un centenaire. — On signalait vendredi dernier l'arrivée à Bordeaux, d'un centenaire, âgé de cent dix-huit ans, M. Ribes, de Tarbes. (*Gaz. heb. des sc. méd. de Bordeaux*).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 29 *octobre* 1888. — Présidence de M. Janssen.

M. Marey présente un *appareil permettant de décomposer les phases d'un mouvement* au moyen d'images photographiques successives recueillies sur une bande de papier sensible qui se déroule.

MM. J. Héricourt et Ch. Richet décrivent un *microbe pyogène et septique* (*Staphylococcus pyosepticus*) *et la vaccination contre ses effets.* Ils ont découvert ce micro-organisme dans une tumeur épithéliale non ulcerée chez un chien, mais ils n'ont pu reproduire avec lui des tumeurs analogues. Ce microbe ressemble au *Staphylococcus pyogenes albus*, mais il en diffère par des caractères de culture et de virulence. Son inoculation à un animal provoque à la fois des effets pyogènes et des effets septiques. Pour vacciner les lapins contre ce microbe, il suffit d'inoculer des cultures de ce micro-organisme rendues moins virulentes par divers procédés (cultures vieillies, cultures dans des bouillons moins parfaits, cultures à des températures au-dessus ou au-dessous de l'optimum). Les effets vaccinaux ne consistent pas seulement dans la survie de l'animal: ils portent encore soit sur la réduction de l'œdème qui, chez les lapins bien vaccinés, est insignifiant, soit sur la fièvre qui est nulle.

M. Babès étudie *l'hémoglobinurie bactérienne du Bœuf.* Une maladie, endémique en Roumanie, enlève dans certaines années de 30.000 à 40.000 bœufs avec quelques symptômes de peste bovine. M. Babès décrit l'étiologie et l'anatomie pathologique de cette affection qui se manifeste par de l hémoglobinurie. Il a trouvé dans le sang des animaux atteints une bactérie ressemblant au Gonococcus: l'inoculation de ce sang fait périr le lapin, mais elle n'a pu jusqu'ici amener le même résultat chez le bœuf.

M. Yvert signale l'*emploi du bichlorure de mercure comme moyen thérapeutique et prophylactique contre le choléra asiatique*. Pendant son séjour au Tonkin, M. Yvert donnait ce médicament à la dose de 0.02 à 0.04 en 24 heures: il a vu diminuer la mortalité des cholériques. Il l'a en outre prescrit comme moyen prophylactique à des personnes arrivant dans un foyer de choléra; aucune de ces personnes n'a été atteinte.

M. Raphael Dubois continue ses recherches au sujet de l'*action du chlorure d'éthylène sur la cornée.* Il a déjà montré qu'en faisant respirer cette substance à des chiens on produisait une opacité cornéenne due à une surhydratation inégale des éléments des lames de la cornée. Il annonce aujourd'hui que si, aussitôt après l'apparition de cette opacité cornéenne, on fait à nouveau inhaler au chien du chlorure d'éthylène ou un autre anesthésique (chloroforme), on voit la cornée revenir à sa transparence normale. M. Dubois conclut de ces recherches que : 1° Dans un empoisonnement aigu, on peut voir survenir, après suppression brusque du poison, des accidents comparables à ceux qu'il a autrefois désignés sous le nom d'intoxication en retour dans l'alcoolisme. le morphinisme, etc.; 2° Ces accidents peuvent être combattus par l'introduction dans l'organisme d'une nouvelle dose du même poison : 3° Dans le traitement de l'intoxication en retour, le poison primitif peut être remplacé par un poison similaire qui produit alors des effets équivalents, mais à des doses différentes (équivalents physiologiques des toxiques).

M. Leroy adresse une note sur la *forme de la cornée humaine normale*. Avec le nouvel ophthalmomètre pratique Leroy et Dubois, il a reconnu que la surface de la cornée normale peut être assimilée à un ellipsoïde déformé. La courbure diminue du centre à la périphérie, mais cette diminution n'est pas la même dans tous les méridiens. La cornée appartient donc à une surface asymétrique. Les choses se passent comme si l'œil, primitivement sphérique, était déformé par les sangles musculaires qui lui donnent le mouvement.

M. G. Pouchet étudie un *nouveau Cyamus, parasite du Cachalot.*

M. Janssen rend compte de son voyage aux Grands-Mulets et des *expériences qu'il a faites sur le spectre tellurique dans les hautes stations*, en particulier sur le spectre de l'oxygène. L'oxygène n'existerait pas dans l'atmosphère solaire à un état où il produirait les manifestations spectrales qu'il nous donne dans l'atmosphère terrestre.

Séance du 5 novembre 1888.— Présidence de M. Janssen.

MM. J. Héricourt et Ch. Richet étudient la *tranfusion péritonéale et l'immunité qu'elle confère.* — Dans leurs précédentes recherches sur le *Staphylococcus pyosepticus*, ils ont constaté qu'on peut rendre les lapins réfractaires à l'inoculation de ce microbe si on leur transfuse du sang de chien dans le péritoine. L'immunité est encore plus certaine si le sang transfusé provient d'un chien ayant été précédemment inoculé par ce même microbe. Voilà donc un sang de chien qui donne aux lapins une sorte d'immunité pour les maladies auxquelles résiste le chien.

MM. A. Gautier et L. Mourgues décrivent un corps, à la fois acide et base, que contiennent les huiles de foie de morue ; ils le nomment *acide morrhuique* et ils en signalent les propriétés chimiques. Ce corps se comporte comme les lécithines ordinaires, lesquelles se trouvent d'ailleurs dans l'huile de foie de morue et lui donnent une action bienfaisante. Cet acide morrhuique, que les auteurs ont isolé, paraît correspondre à la *gaduine* décrite par Jungh.

M. Martinaud indique les résultats de ses *analyses des levures de brasserie.* Il signale les moyens de différencier les divers *Saccharomyces.*

M. Marcano donne le procédé de fabrication du *Yaraque*, boisson fermenté des tribus sauvages du Haut-Orénoque.

M. Carlet décrit un *nouveau mode de fermeture des trachées (fermeture operculaire) chez les Insectes.*

M. Giard étudie la *castration parasitaire du Lychnis dioïca.*

M. de Lacaze-Duthiers raconte à l'Académie les avantages de l'emploi de la lumière électrique dans les *observations de zoologie marine.* La récente installation de cette lumière au laboratoire de Banyuls-sur-Mer promet les résultats les plus intéressants.

M. E. Rivière s'occupe de la *forme et des ossements humains* des Baumas de Bails et de la grotte Saint-Martin (Alpes-Maritimes). Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 3 novembre 1888. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M. Laborde a lu récemment dans un journal une observation bien intéressante. Il s'agissait d'un individu trouvé foudroyé, la face contre terre ; l'autopsie démontra qu'un grain de plomb n° 5 entré par l'orbite s'était emplanté au niveau du bec du calamus et avait ainsi causé la mort en abolissant les mouvements respiratoires. Ce fait vient à l'encontre de l'opinion exprimée par MM. Dastre et Wertheimer, à savoir qu'on peut rétablir la respiration, alors qu'on a enlevé à l'emporte pièce le *nœud vital* de Flourens. La Société devrait nommer une Commission pour étudier ce point particulier ; l'auteur se tient particulièrement à sa disposition.

M. Brown-Séquard dit que s'il ne s'agit que de répéter l'expérience de Flourens, la Société n'a pas besoin de nommer la commission. Il est incontestable, en effet, que l'ablation du nœud vital entraîne le plus souvent la cessation définitive des mouvements respiratoires : mais cette ablation n'a rien de spécifique, elle agit par inhibition. La preuve, c'est qu'on peut aussi bien arrêter la respiration en piquant au cou, au-dessous du bec : de même ici, les mouvements respiratoires peuvent persister chez le pigeon, par exemple après la décapitation au-dessous du bulbe.

M. Dastre partage l'avis de M. Brown-Séquard, et, comme la question ne peut se résoudre que par de nouvelles expériences, il demeure convenu que ces expériences seront faites devant une commission nommée par la Société. M. Dastre enlèvera le nœud vital sans que, pour cela, la respiration cesse de s'effectuer; mais il l'enlèvera à sa manière, peu à peu, non pas brutalement, afin que l'inhibition ne puisse se produire.

MM. Balzer et Th. Reblaub communiquent le résultat de leurs *recherches sur les lésions expérimentales causées par les injections intra-musculaires d'huile grise et d'oxyde jaune de mercure.* Il résulte de ces recherches, trop peu nombreuses pour permettre des conclusions formelles, que les lésions inflammatoires provoquées par les injections d'huile grise amènent la formation d'une collection hémato-purulente qui se résorbe progressivement. Le muscle n'est pas profondément lésé par le mercure injecté : le foyer inflammatoire se résout sans avoir déterminé de lésions pouvant compromettre le bon fonctionnement du muscle. Ces faits sont à mentionner d'autant plus que des injections d'*oxyde jaune*, pratiquées également chez des chiens, au mois de juin, au laboratoire de physiologie de la Sorbonne n'avaient pas donné des résultats aussi bénins. Chez un chien, notamment, une injection pratiquée dans la fesse avait amené le production d'un vaste foyer anfractueux, plein de pus hématique et filant. Les coupes montrèrent les parois du foyer infiltrées de leucocytes, de cellules granuleuses et surtout par du sang épanché. Les fibres musculaires étaient isolées par les éléments infiltrés ; quelques-unes étaient amincies et atrophiées ; d'autres, vitreuses ou dissociées. Ces altérations existaient dans toute l'étendue des lésions, mais toutefois sans s'étendre profondément dans le muscle. Cette expérience, qui n'a pas été renouvelée, semblerait donc indiquer que l'oxyde jaune produit des altérations plus profondes que l'huile grise.

MM. A Gilbert et G. Léon ont étudié au laboratoire de M. Duclaux, les lésions hépatiques qui succèdent, chez le lapin, à l'*inoculation dans les veines mésentériques de cultures tuberculeuses.* Nos expériences, disent-ils ont porté sur douze animaux : les uns ont été sacrifiés au bout d'un ou de plusieurs jours, les autres ont été abandonnés à eux-mêmes. Ces derniers ont succombé dans un intervalle de trois à cinq semaines, après avoir présenté un amaigrissement progressif et dans plusieurs cas un œdème remarquable des membres postérieurs. A l'autopsie nous avons découvert des lésions tuberculeuses du foie et de la rate ; les autres organes, les poumons et les reins en particulier, étaient demeurés indemnes. Considérablement hypertrophié, le foie pèse de 100 à 170 grammes ; sa teinte est plus pâle qu'à l'état normal ; sous la capsule de Glisson et sur les surfaces de section il laisse apercevoir de fines granulations blanchâtres. Les modifications histologiques qu'il a subies consistent en une luxuriante néoformation d'éléments qui se sont substitués au tissu normal. Elles prédominent d'une façon générale, à la périphérie des lobules, et, en certains points, d'une manière telle que ceux-ci peuvent être distingués nettement en deux parties, l'une centrale, groupée autour de la veine intra-lobulaire, à peu près inaltérée, l'autre périphérique, contiguë aux espaces portes, où toute trace de structure glandulaire a disparu. Les éléments néoformés sont presque partout en pleine activité ; en de rares points toutefois, ils forment de petits foyers caséifiés. Ici, disséminés sans ordre, en larges nappes, ils se groupent là en nodules isolés ou conglomérés, entourés pour la plupart de capsules conjonctives. Ils sont composés d'un corps protoplasmique faiblement granuleux et d'un ou plusieurs noyaux ; les uns ont l'aspect de cellules épithélioïdes, d'autres celui de cellules géantes, d'autres enfin forment tous les intermédiaires qui unissent la cellule épithélioïde la plus simple à la cellule géante la plus volumineuse, pourvue de noyaux multiples, centraux, ou, le plus souvent, périphériques et disposés en collerettes complètes ou incomplètes. Les cellules rondes prennent une certaine part à la constitution des lésions : elles se disséminent au sein des nappes épithélioïdes, se groupent par place autour des nodules, attaquent les parois des canaux biliaires et composent, en se soudant quelques amas intra-capillaires.

Les bacilles tuberculeux font défaut dans les parties demeurées saines du parenchyme hépatique, c'est-à-dire d'une façon générale au centre des lobules; ils sont innombrables dans les régions tuberculisées, jeunes et vivaces, rares dans les parties caséifiées. Ils se présentent essentiellement sous la forme de colonies agglomérées autour de petites boules vitreuses incluses dans les cellules épithélioïdes et géantes dont elles repoussent excentriquement les noyaux. Ainsi, les lésions hépatiques marchent de pair avec la multiplication des bacilles ; elles s'arrêtent là où ceux-ci cessent d'exister et semblent immédiatement liées à leur présence. Cette observation concorde avec la constatation que nous avons faite de l'absence de toute lésion du foie chez un lapin dans la circulation porte duquel nous avons injecté de vieilles cultures tuberculeuses stérilisées par filtration. Lorsqu'on sacrifie un animal 24 heures après l'inoculation dans les veines mésentériques de cultures tuberculeuses, on constate par l'examen du foie qu'un grand nombre de bacilles se sont arrêtés dans les capillaires au voisinage des espaces: ils sont pour la plupart allongés dans le sens du courant sanguin, disposés en faisceaux ou en files. Dès le quatrième jour, apparaissent quelques colonies; leur nombre augmente rapidement les jours suivants. Le septième jour, les lésions tuberculeuses commencent à naître; elles se constituent aux dépens des cellules vasculaires endothéliales et des leucocytes. Leur développement intra-capillaire rappelle, au point de vue topographique, celui des carcinômes hépatiques secondaires. Les cellules hépatiques jouent un rôle purement passif; elles s'atrophient et disparaissent en cédant la place aux éléments de néoformation. Si le foie exerce sur les cultures tuberculeuses injectées dans les veines mésentériques une action de filtration très marquée, il ne suffit pas toutefois à arrêter tous les micro-organismes qu'elles contiennent. La preuve en est dans les alterations de la rate qui, chez les animaux inoculés et abandonnés à eux-mêmes, apparaît hypertrophiée, atteint une longueur de 7 à 9 centimètres et offre sur les préparations histologiques des lésions tuberculeuses manifestes. Par contre, et pour des raisons qu'il reste à déterminer, les autres organes conservent leur intégrité.

M. Choupre, étudiant l'action de la *salive humaine sur la végétation*, a constaté qu'elle s'opposait au développement des plantes ; en effet une plante arrosée de salive ne tarde pas à mourir De même elle entrave d'une façon très active les phénomènes de la germination.

M. Lataste lit un travail sur le *bouchon vaginal des Rongeurs.*

M. Charrin remet une note de M. Gimbert (de Cannes) sur les *injections sous-cutanées d'huile d'olive* considérées comme moyen de médication et d'alimentation.

Séance du 10 *novembre* 1888. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M. Ch. Féré rappelle qu'on s'est souvent préoccupé des conditions de temps et d'heure, voire des conditions atmosphériques, qui présidaient à l'*apparition des accès épileptiques.* Pour élucider ce qui a trait à la plus grande fréquence de l'heure à laquelle apparaissaient habituellement ces accès, il a fait établir le relevé de tous ceux qui se sont produits dans son service de Bicêtre depuis 3 mois et qui sont au nombre de 1985. Il resulte de cette statistique que les plus fortes recrudescences ont lieu entre neuf heures du soir d'une part, et de trois à cinq heures du matin, de l'autre. Etant donné que les heures qui suivent le coucher et celles qui précèdent le réveil sont celles où prédominent les hallucinations hypnagogiques, peut être y aurait-il lieu de penser à établir un rapport entre ces hallucinations et la plus grande fréquence des accès.

M. Brown-Sequard a fait autrefois la même statistique. Les accès se produisaient surtout un peu avant le reveil; d'autre part. si les sujets endormis se réveillent et s'endorment à nouveau, il y a prédominance des accès dans ce second sommeil. On devra donc conseiller aux malades une fois réveillés, de ne pas s'endormir une seconde fois ; la pratique montre qu'ils s'en trouvent bien.

M. Bouchard dit qu'étant donné ce fait que pendant la nuit l'organisme fabrique des substances convulsivantes, il est logique de rappeler que la plus grande fréquence des accès devra avoir lieu quelques instants avant le réveil.

M. Ch. Féré a voulu savoir également dans quelles limites était fondée l'opinion qui veut que la *mort* arrive le plus souvent entre 4 et 6 heures du matin. Les statistiques des dix dernières années, à Bicêtre et à la Salpêtrière montrent que cette opinion n'a rien de justifiable ; tout au plus indiquent-elles que la mort arrive le moins souvent entre sept et onze heures du soir.

M. Brown-Séquard résumera devant la Société des opinions qui, bien que s'appuyant sur des faits expérimentaux et cliniques, vont à l'encontre de celles qui sont généralement adoptées encore aujourd'hui. On admet en effet généralement qu'il se fait au niveau du bulbe un *entrecroisement de fibres nerveuses* venues des hémisphères cérébraux, de telle façon que la pyramide droite présidera aux fonctions du côté gauche, et *vice versa.* Or, ses expériences lui ont démontré que la section d'une pyramide n'entraîne pas de paralysie croisée, pas plus du reste que la section faite au niveau du pont de Varole. Aussi résumera-t-il son opinion en ces termes : En aucun point la décussation des fibres présidant aux mouvements volontaires, n'est complète L'entrecroisement de ces fibres se fait sur toute la hauteur de l'axe cérébro-spinal, depuis le corps calleux jusqu'à l'extrémité terminale de la moelle et chaque hémisphère cérébral préside à la fois aux fonctions motrices et sensitives des deux moitiés du corps.

M. Moreau, devant subir une longue et douloureuse extraction dentaire, se fit au niveau de l'avant-bras droit une piqûre de deux centigrammes de chlorhydrate de morphine. De plus, on badigeonna les endroits malades avec une solution de 0,25 centigr. de *chlorhydrate de cocaïne* dans 2 gr. 1/2 d'eau distillée. Une partie de cette solution fut injectée dans l'alvéole d'une grosse molaire; 10 centigr. environ de cocaïne pénétrèrent ainsi dans les tissus. Dix minutes après l'injection, on put procéder à l'opération qui, longue et minutieuse, s'effectua sans douleur. M. Moreau était anesthésique, non seulement au niveau des alvéoles, mais encore sur la totalité de la surface cutanée, ainsi que le prouvèrent expérimentalement de nombreuses et profondes piqûres d'épingle. Il est vrai qu'il fut pris en même temps de phénomènes nerveux caractérisés par des troubles visuels, un tremblement convulsif des membres supérieurs, une excessive loquacité, troubles qui n'étaient pas encore completement dissipés au bout d'une heure et demie.

Répondant à M. Galippe, l'auteur dit qu'après avoir éprouvé ces accidents, en réalité fort graves. il ne conseillerait à personne l'emploi d'un semblable procédé d'anesthésie.

M. Laborde a déjà signalé des accidents semblables chez le cobaye ; la mort peut provenir par syncope. Elle est due exclusivement à l'action de la cocaïne et non à celle de la morphine.

M. Ch. Féré, rappelant les travaux d'Albrecht sur l'*apophyse lémurienne du maxillaire inférieur*, dit que celle-ci s'observe avec une grande fréquence, chez les dégénérés, les épileptiques en particulier.

M. L. Lecourt a observé quatre cas de *tétanos traumatique* chez l'homme dans le canton de Château-du-Loir (Sarthe). Dans ces quatre cas, on put nettement noter les circonstances si souvent signalées qui établissent sur des bases solides l'origine équine du tétanos humain.

M. Beauregard communique le résultat de ses recherches sur les *Parasites du cachalot.*

M. Retterer dépose une note de M. Pilliet sur un *Spina-bifida constitué par de la névroglie.*

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 6 novembre 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

Suite de la discussion sur l'action de l'acide fluorhydrique dans la tuberculose.

M. HÉRARD, malgré les dénégations de M. le professeur Jaceoud, ne regarde pas l'acide fluorhydrique trop concentré comme un agent dangereux ; car, l'air chargé des vapeurs de l'acide fluorhydrique pur peut être respiré pendant une heure entière à la dose minimum d'un litre par minute. Et du reste cet acide contient une notable quantité d'eau oscillant entre 50 et 60 0/0 environ ; aussi est-il parfaitement supporté, même par les enfants. Cette démonstration a été notamment faite par M. Trudeau (de New-York). MM. Grancher et Chautard, au contraire, soutiennent que l'action des vapeurs d'acide fluorhydrique sur l'évolution de la tuberculose expérimentale est nulle. Or M. Grancher, après avoir injecté dans l'oreille de six lapins, une culture pure de tuberculose, les a soumis aux inhalations de vapeurs d'acide fluorhydrique à 1/10. Tous ces animaux, il est vrai, sont morts, en présentant des bacilles dans le foie, la rate et le poumon. Malheureusement les inhalations d'acide fluorhydrique ne peuvent exercer leur influence sur ces viscères, non plus que dans la profondeur intime du parenchyme pulmonaire. Est-on néanmoins en droit de nier les effets thérapeutiques de ces inhalations ? M. Hérard ne le pense pas ; car personne ne saurait affirmer qu'elles ne modifient pas la vitalité des bacilles, ni qu'elles n'améliorent pas les lésions ulcéreuses des poumons. Au Congrès d'Oran, MM Moreau et Cochez, sur 60 cas de tuberculose pulmonaire, déclarent que, grâce à l'acide fluorhydrique, ils ont obtenu 28 fois une notable amélioration. M. Gœtz signale 19 améliorations sur 30 malades. M. Hérard maintient que les vapeurs d'acide fluorhydrique pur peuvent être impunément respirées, atténuent la virulence du bacille tuberculeux et sont susceptibles même de la détruire.

M. JACCOUD, tout en persistant à n'avancer que les faits basés sur l'expérimentation, ne peut s'empêcher d'établir un rapprochement entre les expériences de MM. Grancher et Chautard et les siennes propres. Toutes ces expériences ne sont nullement favorables à l'influence heureuse des inhalations d'acide fluorhydrique sur la destruction des bacilles.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ, au nom de M. Mairet (de Montpellier), présente une note sur *l'action de la liqueur d'absinthe et de l'alcool absorbés par la voie gastrique.* La liqueur d'absinthe, ingérée par l'estomac ne provoque des attaques d'épilepsie qu'à une dose fort élevée, suffisante pour produire une ivresse complète et persistante ; il faut même, pour que les attaques se produisent, que les hautes doses soient prolongées pendant plusieurs jours consécutifs et elles n'apparaissent guère qu'à ce moment où la vie de l'animal est gravement compromise. Il y a une identité complète entre l'action de l'alcool et celle de la liqueur d'absinthe. Ce n'est pas à l'essence d'absinthe, mais à l'alcool que renferme cette liqueur, qu'il faut attribuer les attaques qui se produisent sous l'influence de l'ivresse; dans l'absinthisme aigu, l'épilepsie n'est pas plus fréquente que dans l'alcoolisme aigu.

M. A. OLLIVIER lit un rapport sur les communications de MM. Vidal, Marquez et Dubrandy, relatives à l'affaire des *vins empoisonnés d'Hyères.* M. Vidal a rattaché tous les faits d'intoxication à l'acrodynie et incline à admettre une origine commune pour toutes les épidémies d'acrodynie. M. Ollivier n'admet pas cette hypothèse, car le processus clinique observé à Hyères est différent de celui qu'on a observé dans les acrodynies de Paris, de Meaux, de la Ferté-Gaucher, de Coulommiers. Dans ces dernières, en effet, on notait des diarrhées rebelles, et on remarquait sa diffusion dans des contrées éloignées. Malgré des similitudes incontestables, on ne trouve pas dans l'évolution et la nature de la maladie d'Hyères une explication qu'on puisse adapter intégralement aux épidémies d'acrodynie et on en reste aux conjectures de nos devanciers. C'étaient probablement des maladies d'alimentation, mais on ne sait à quel produit rattacher les accidents qui les caractérisent.

M. ALBERT ROBIN lit un *rapport* officiel sur *les Eaux minérales.*

M. DE VILLIERS lit un *rapport* au nom de la Commission de l'*Hygiène de l'enfance.* — L'Académie se constitue en Comité secret à l'effet d'entendre la lecture de plusieurs rapports sur les prix pour l'année 1888.

Séance du 13 novembre 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

M. G. SÉE, en son nom et au nom de M. GLEY, lit un travail sur la *Strophantine.* L'action physiologique de la strophantine a été étudiée avec un produit, extrait par M. J. Wurtz, du strophantus Kombé. La strophantine est un glycoside en cristaux incolores, soluble dans l'eau et l'alcool, insoluble dans l'éther, d'une réaction acide. MM G. Sée et Gley ont étudié ainsi l'action de la strophantine sur le système nerveux moteur et sensitif, sur la respiration, sur le cœur et la circulation, sur la sécrétion rénale. Au point de vue physiologique, les deux faits les plus saillants sont l'augmentation d'énergie de la systole coïncidant avec l'élévation de la pression intra-artérielle. L'action la plus utile consiste à accroître l'activité du cœur. La strophantine n'est pas supérieure à la spartéine ; mais, elle reste supérieure à la digitale. MM. G. Sée et Gley ont employé la strophantine à la dose de 1 ou 8 cinquièmes de milligrammes dans tous les cas de maladies du cœur; elle reste surtout indiquée dans les lésions mitrales, notamment dans les rétrécissements de l'orifice mitral, dans les dilatations et les hypertrophies fibreuses qui dépendent surtout d'artério-sclérose généralisée.

M. BUCQUOY emploie depuis plus d'un an le Strophantus et en retire de très bons effets.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ considère le Strophantus comme un excellent médicament qu'il classe même au dessus de la digitale. Il convient, lorsqu'on prescrit la teinture de strophantus, d'indiquer le titre qu'elle doit avoir.

M LE FORT communique une observation d'*anévrysme artério-veineux de la carotide dans le sinus caverneux.* — Il s'agit d'une jeune fille, âgée de 18 ans, et qui reçut un coup de pied de cheval à la tempe droite. Le jour de son entrée à l'hôpital Necker, le 1er mai 1888, elle présentait un léger strabisme, de l'exophthalmie, et un souffle continu avec exacerbation au moment de la systole cardiaque ; ce souffle se faisait entendre au-dessus de l'œil, sur le frontal et le pariétal, et disparaissait lorsqu'on comprimait la carotide. M. Le Fort pratique la ligature de la carotide primitive droite, puis ultérieurement de la carotide gauche. Aujourd'hui, la malade peut vaquer à ses occupations: elle présente encore un peu d'exophthalmie à droite. On ne connaît que quatre cas authentiques d'anévrysme artério-veineux de la carotide dans le sinus caverneux (Baron, 1835; Heischfel, 1858: Nelaton, 1855 et 1865).

M. LABORDE, à l'occasion de la récente communication de M. Mairet, sur l'action de la *liqueur d'absinthe*, s'étonne que cet observateur ait attribué les accidents convulsifs déterminés par la liqueur d'absinthe à l'alcool qu'elle contient.

M. MESNET lit un *rapport* sur le *Prix Falret.*

L'Académie se constitue en *Comité secret*, à l'effet d'entendre les lectures de rapports de prix. A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 9 novembre 1888. — PRÉSIDENCE DE M. SIREDEY.

M. P. MARIE a observé dernièrement deux faits d'*hémiplégie hystérique, survenue chez les ouvriers employés dans une fabrique de sulfure de carbone* ; le diagnostic ne pouvait faire de doute. L'anesthésie est totale, elle est limitée par une ligne circulaire coupant la racine du membre, parfois il y a hypéresthésie. D'autre part, du côté des sensibilités spéciales, il

y a ou disparition ou abolition des divers sens; à l'œil par exemple : insensibilité cornéenne, retrécissement du champ visuel, etc. La motilité est également fortement atteinte, l'impotence porte sur un membre entier ; il n'y a pas de paralysies limitées à un territoire nerveux ou à un groupe musculaire ; l'hémispasme glosso-labié est fréquent. Parfois il y a des accidents convulsifs, de vraies crises hystériques avec aura bizarre, siègeant par exemple dans les bourses; c'est là une particularité qui semble spéciale à l'hystérie sulfo-carbonée et qui est d'ailleurs bien connue des ouvriers ; ceux-ci savent fort bien, que lorsqu'ils l'éprouvent, il leur faut immédiatemenl aller à l'air et sortir des ateliers. D'ailleurs, d'une façon générale, les troubles génitaux (excitation ou impuissance) sont loin d'être rares dans cette intoxication ; si l'hystérie provoquée par le sulfure de carbone est certaine, on ne peut pourtant pas ranger sous cette rubrique tous les phénomènes observés chez les intoxiqués : certaines paralysies tiennent, probablement à des névrites périphériques. C'est, en somme, exactement la même chose que ce que l'on observe dans l'alcoolisme, l'hydrargyrisme ou le saturnisme). Toutes ces particularités cliniques avaient été bien vues par les auteurs qui ont étudié l'intoxication sulfo-carbonée, mais leur pathogénie et leur mécanisme avaient été absolument méconnus.

M. Gaucher a communiqué à la Société, le 27 janvier 1888, les résultats qu'il avait obtenus dans le *traitement de la diphtérie* par l'emploi du procédé qu'il a imaginé et qui consiste à enlever les fausses membranes par un raclage, avec une brosse dure, puis à faire un badigeonnage en appuyant fortement avec une solution de 5 à 10 gr. d'acide phénique dans 10 gr. d'alcool ; répéter cette manœuvre trois fois par jour et toutes les deux heures faire gargariser le malade avec une solution phéniquée au centième. Cette méthode, si elle est très rigoureusement appliquée, et surtout si on y a recours de très bonne heure, fournit les résultats le plus favorables. M. Gaucher a eu 17 guérisons de cas graves. M. Dubousquet-Laborderie, de Saint-Ouen, a observé en quatre ans 81 cas d'angine diphtéritiques, qu'il a traitées par les cautérisations phéniquées strictement appliquées. Il n'y a pas eu un cas de mort chez les adultes et les enfants au-dessus de 5 ans. Chez les jeunes enfants les succès sont moins beaux, la propagation au larynx étant bien plus rapide. La réaction est faible, ainsi que la gêne de la déglutition ; il y a absorption d'acide phénique, puisque les urines sont noires, mais pas d'intoxication.

M. Cadet de Gassicourt admet que ce procédé est très bon, meilleur, quoique plus douloureux, que sa méthode qui consiste dans l'emploi d'un mélange d'acide salicylique et de glycérine. Cependant il y a des cas qui résistent à tout, ainsi qu'il vient d'en observer un ; on ne peut donc dire que la guérison soit la règle.

M. Gaucher fait remarquer qu'il a signalé une mortalité de 5 0/0.

M. Labbé craint que l'intoxication phéniquée ne résulte de l'emploi de ce procédé. Il cite un cas de mort qu'il attribue à des pulvérisations phéniquées trop prolongées. De plus il pense que l'arrachement brusque des fausses membranes, peut favoriser la pénétration de l'infection diphtérique. Il rappelle que la méthode ancienne de l'emploi de l'acide chlorhydrique n'a jamais guéri personne.

M. Gaucher cite pourtant un cas de guérison obtenu ainsi et ce cas se rapporte à lui même, âgé alors de 10 mois et ayant infecté sa nourrice. Pour ce qui est de l'infection phéniquée, ni M. Dubousquet ni lui n'en ont jamais observé. Quant à la crainte de la pénétration de l'infection, il ne faut pas oublier que l'acide phénique est à la fois caustique et antiseptique. Toutes ces craintes ne paraissent donc pas fondées.

L. Capitan.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 6 novembre 1888. — Présidence de M. Polaillon.

Suite de la discussion sur le traitement du cancer du col de l'utérus.

M. Polaillon était partisan en 1882 de l'amputation partielle ; il n'a pas changé d'avis. Il a fait 6 hystérectomies vaginales, dont 2 morts et 4 succès opératoires avec 4 récidives (1 an, 6 mois, 4 mois, 2 mois). C'est une opération grave. Il a fait 20 amputations partielles : 9 guérisons radicales, 9 améliorations, 1 mort par chloroforme, 1 cas à marche envahissante. 3 récidives (2 ans 4 mois, 14 mois, 12 mois) sur les 9 améliorations. Il a deux guérisons datant de 1881 et 1883 (examen histologique fait). Il préfère, pour l'amputation, l'anse galvanique et les flèches au chlorure de zinc. L'hystérectomie vaginale n'est indiquée que dans les cas de cancers étendus.

M. Tillaux. — Le cancer de l'utérus peut être traité palliativement (exérèse partielle) quand il est inopérable. Pour les cancers limités, au début on doit faire la résection cunéiforme du col, plus tard l'hystérectomie totale. Il ne faut pas, comme M. Bouilly, crier contre les opérations parcimonieuses. Il ne faut pas comparer l'amputation du col à l'hystérectomie totale. La comparaison n'est admissible qu'entre l'abstension pure et l'hystérectomie totale, puisqu'on ne doit recourir à cette dernière opération que quand on ne peut pas faire autrement.

M. Marchand a pratiqué, depuis 1878, 18 amputations partielles pour cancer (écraseur linéaire 4, avec galvanocaustique 8, bistouri 6, depuis 1884) ; il a eu 2 décès (1 péritonite, 1 ouverture du cul-de-sac de Douglas), 3 guérisons (7 ans, 5 ans, 3 ans). Récidives avec mort (30 mois, 18 mois, 15 mois, 14 mois, 12, 11, 8, 4 mois), 3 perdues de vue, 2 suivies sans récidives pendant 18 et 12 mois. Il a fait 7 fois l'hystérectomie vaginale pour des cancers très avancés: 4 décès (choc opératoire, péritonite, cellulite pelvienne), 3 guérisons opératoires dont 1 mort par récidive après 17 mois, 1 mort par étranglement iuterne tardif, 1 en bon état. Pour M. Marchand, le cancer utérin se localise souvent au col.

M. Richelot défend l'hystérectomie totale parce qu'il recherche la cure radicale. Il ne pense pas, comme M. Kirmisson, qu'elle ne puisse jamais être obtenue. On ne doit pas comparer deux opérations dont l'une est palliative et dont l'autre s'efforce d'être radicale. Quand il lui sera démontré qu'il poursuit une chimère, il fera l'amputation supra-vaginale, sauf dans les cas où la dégénérescence aura envahi la muqueuse de l'utérus.

M. Reynier a fait 2 amputations du col avec 2 récidives rapides ; il a fait 2 hystérectomies totales et ces deux malades n'ont pas encore de récidive. M. Verneuil ne recherche que la survie, M. Richelot que la guérison définitive. Ils ne peuvent s'entendre de sitôt.

M. Routier a fait 7 hystérectomies vaginales en tout. Pas de décès opératoire; récédives et morts à 6, 13, 8 1/2, 7 mois 1/2.

M. Terrier signale que les utérus enlevés par M. Routier ont été examinés chez M. Cornil. M. Cornil pense que l'anatomie pathologique du cancer utérin est totalement à refaire.

M. Verneuil a examiné ses pièces lui-même, et il est sûr de son diagnostic histologique.

M. Chauvel lit un rapport sur 3 observations d'*œdème de la glotte*, adressées par MM. Yvert, Lacronique et Audé, médecins militaires.

M. Terrillon montre un malade auquel il a fait deux fois la *résection du maxillaire supérieur pour un sarcome*, puis l'*opération de Rizzoli-Esmarch*.

M. Pozzi a fait cette opération et obtenu un résultat durable.

M. Pozzi présente une béquille de Clovez, modifiée par M. le Dr Boureau, et un porte-spéculum destiné à supprimer les aides, inventé aussi par M. Boureau. Nous décrirons ces instruments dans le N° prochain.

Séance du 14 novembre 1888. — Présidence de M. Polaillon.

M. Terrier lit un rapport sur une observation, adressée à la Société par M. Defontaine (du Creusot) et intitulée : *Uréthrotomie externe et cathétérisme rétrograde pour fistules urinaires suites d'infiltration d'urine traumatique.* Au cours d'une uréthrotomie externe sans conducteur, M. Defontaine ne trouvant pas le bout postérieur du canal uréthral, fit une taille hypogastrique et le cathétérisme rétrogade en introduisant dans le col un cathéter métallique. Après diverses péripéties opératoires, il plaça dans l'urèthre rendu perméable un long tube de caoutchouc rouge dont une extrémité sortait par le méat et se rendait dans un vase et dont l'autre était main-

tenue dans la vessie, grâce à un bâtonnet de bois placé en travers au niveau de l'hypogastre. Ce tube fut perforé dans sa portion intra-vésicale à l'aide du thermo-cautère. Il fonctionna très bien. Guérison. M. Terrier insiste sur la difficulté de trouver le bout postérieur, la nécessité du cathétérisme rétrograde dans ces cas et la difficulté de la taille hypogastrique (vessie seulement à moitié distendue, péritoine descendant parfois très bas en avant). Il est vrai que l'ouverture du péritoine, si l'on fait ensuite une bonne suture, n'est pas si à craindre qu'on le pense. Après quelques considérations sur la restauration de l'urèthre, le rapporteur décrit en détails et montre le tube employé par M. Defontaine. Ce tube uréthro-hypogastrique, déjà préconisé par MM. Horteloup, Desprès (1884-85), Demons (1886), etc., doit être du calibre 20 (filière Charrière), en caoutchouc lisse, long d'un mètre, et présenter une série de trous, faits par le chirurgien lui-même, pour la portion intra-vésicale. Il y a d'abord une rangée de 9 trous dans l'espace de 10 cent.; puis une rangée semblable au point opposé de cette même partie du tube. Entre ces deux rangées, on en fera deux autres, de 8 trous alternant avec les premiers. En tout, 38 orifices. Il est évident que le nombre de trous devra varier avec la forme et les dimensions de la vessie. On l'introduira à l'aide d'une bougie pourvue d'un fil. M. Terrier croit qu'il faut expérimenter, avant de le critiquer, ce nouveau tube uréthro-hypogastrique.

M. TRÉLAT. — Cette petite modification (mode de perforation du tube) n'est pas suffisante pour qu'on gratifie ce tube du nom de l'auteur. On devra dire seulement : tube perforé à la manière de M. Defontaine.

M. TILLAUX a insisté déjà ailleurs sur l'utilité de ce tube uréthro-hypogastrique. Il a fait deux fois le cathétérisme rétrograde dans ces cas ; mais il a fait seulement deux trous au tube à l'aide des ciseaux. Son tube a toujours bien fonctionné. En cas d'oblitération, il suffit de la faire glisser dans l'urèthre.

M. Th. ANGER, chez un enfant de 12 ans, dans une opération analogue, n'a pu trouver l'orifice du col vésical et a dû créer, à travers le périnée, un canal nouveau à l'aide d'un trocart. Son malade a guéri, mais il urine difficilement. Il insiste sur la difficulté, et parfois même l'impossibilité, de trouver cet orifice chez les petits enfants. Même à l'amphithéâtre, sur un cadavre, la chose est fort délicate.

M. TERRIER fait remarquer que le malade de M. Defontaine avait 14 ns et que ce chirurgien trouva très facilement l'orifice vésical de l'urèthre. M. Terrier ne croit pas que la chose soit très difficile à faire, quoiqu'en dise M. Anger, surtout si l'on emploie l'éclairage électrique de la vessie. Inutile de créer un canal de nouvelle formation et d'ajouter une lésion nouvelle à l'ancienne.

M TILLAUX ajoute que la taille hypogastrique est difficile dans ces cas (vessie petite, etc.) ; mais il a toujours trouvé chez l'adulte avec facilité l'orifice du col, même sans regarder, à l'aide du doigt seul. Il fera des recherches à ce sujet sur des cadavres d'enfants.

M. ROUTIER lit un travail sur les *inflammations péri-utérines et utérines*. En quelques mots, il rappelle l'historique qu'on trouvera dans la thèse de notre ami Montprofit, puis met en releif les idées de Lawson-Tait, qui le premier a montré quel traitement il fallait appliquer à ces lésions. M. Routier rapporte 9 observations de salpingo-ovarites ou de salpingites traitées par la salpingo-ovariectomie. Il a eu deux morts (1 péritonite, 1 hémorrhagie), 7 guérisons. Il rapporte aussi l'histoire de deux malades non opérées et non guéries. Pour lui, point n'est besoin du symptôme, écoulement de pus ou de sang, pour diagnostique uner salpingite. Pour lui, toute femme qui souffre du ventre depuis 6 mois, a une salpingo-ovarite ; il faut donc intervenir rapidement. L'opération est, il est vrai, fort sérieuse, difficile. L'hémostase est difficile, — si bien qu'il a dû faire une fois une hystérectomie hémostatique, — mais on peut la faire à l'aide du thermocautère avec assez de sécurité. Le drainage est utile ; il emploie le procédé de Mickulicz simplifié (mèche iodoformée tassée) ; le lavage du péritoine ne lui parait pas très bon. (1)

(1) La *discussion* sur ce sujet est renvoyée à une séance ultérieure.

M. JALAGUIER présente un malade auquel il a *réséqué les têtes des 2 premiers métatarsiens* hypertrophiées. Pas de drainage ; guérison par première intention.

M. MONOD présente un moulage représentant la lésion pour laquelle a opéré M. Jalaguier. Il a fait 3 fois la même opération avec succès.

M. POLAILLON présente un homme auquel il a fait il y a 7 ans la *désarticulation du genou*. Il marche très bien ; résultat parfait. Ce n'est donc pas une mauvaise opération.

Commission pour l'examen des titres des candidats à la place de membre titulaire. — Sont nommés : MM. Marchand, Bouilly, Routier. MARCEL BAUDOUIN.

1er CONGRÈS TRIENNAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS AMÉRICAINS

Congrès de Washington. (18, 19 *et* 20 *sept.* 1888.) (Suite) (1).

Section de Chirurgie (Suite).

3e *jour.* — 20 septembre.

M. le Dr GEORGE W. GAY (de Boston). — *Examen comparé de la trachéotomie et de l'intubation dans le traitement du croup.* L'auteur émet les conclusions suivantes : L'intubation peut être employée dans tous les cas de croup ; elle est préférable chez les jeunes enfants et dans les cas où le tube peut être laissé entièrement à lui-même ; la trachéotomie doit être utilisée quand le tubage est impossible ou n'apporte aucun soulagement, ou quand le tube est souvent rejeté, ou qu'il faut le retirer fréquemment pour le nettoyer, quand on ne peut nourrir suffisamment les malades.

M. le Dr MUDD (de St-Louis) attribue les bons effets de l'intubation à ce qu'on l'emploie dans des cas où la trachéotomie n'est pas nécessaire ; il a vu de nombreux cas où, après avoir fait la première, il a dû recourir à la seconde.

M. le Dr HUBER (de New-York) a fait 94 intubations et a eu 37 guérisons. Il emploie un tube d'un faible calibre. Le sublimé à l'intérieur est indispensable.

M. le Dr T. F. PREWITT (de St-Louis), dans un cas de paralysie diphthérique pour empêcher le passage des liquides dans le larynx, a passé une gouge à travers la glotte et fermé le larynx avec une éponge ; pendant ce temps, les liquides pouvaient pénétrer dans l'œsophage, sans risques d'entrer dans la trachée.

M. le Dr L. MAC LANE TIFFANY (de Baltimore). — *Grossesse et opérations chirurgicales.* La grossesse n'est pas une contre-indication aux opérations chirurgicales. Il faut éviter l'avortement qui peut résulter de la septicémie du choc. Les hémorrhagies n'entraînent pas l'avortement. La consolidation des fractures peut être retardée par la grossesse. La pensée d'une opération chez la mère ne produit aucune impression fâcheuse pour le fœtus.

M. le Dr J. EWING MEARS (de Philadelphie) établit une distinction entre la grossesse chez une femme de la campagne et chez une femme de la ville, chez laquelle ce n'est plus un processus physiologique. On doit naturellement, dans les cas de grossesse, pratiquer les opérations indispensables, mais on peut retarder pour celles non nécessaires.

M. le Dr P. S. CONNER (de Cincinnati). — *Opération sous-cutanée pour l'ankylose du genou*, chez une femme à la 6e semaine de la grossesse, suivie de septicémie ; la grossesse suivit son cours normal.

M. le Dr BONTECON (de Troy). — *Rupture d'une hernie ombilicale* chez une femme enceinte de 7 mois ; les intestins restèrent 4 heures hors de l'abdomen, ils furent lavés et remis en place. La femme guérit et donna naissance à un enfant vigoureux un mois plus tard.

M. le Dr DANDRIDGE (de Cincinnati). — *Elongation des nerfs.* Cette opération doit être laissée de côté dans les affections médullaires ; elle donne peu d'effets dans le tétanos. Elle doit être considérée comme une bonne méthode thérapeutique dans les névralgies persistantes et les anesthésies périphériques, dans le tic convulsif de la face, l'épilepsie réflexe, les affections douloureuses de la langue (lingual). La section est préférable au niveau des branches du spinal et de la 5e paire, sauf le lingual.

(1) Voir *Progrès médical*, nos 41, 42, 43, 44.

M. le Dr DE FOREST WILLARD (de l'..........). — *Néphrectomie.* 2 cas : 1° A la suite d'un coup de feu ..... dans la région du rein, le malade fut pris de symptômes d'hémorrhagie interne. L'auteur fit la laparotomie et trouva la veine et l'artère rénales sectionnées ainsi que le bassinet, pratiqua la ligature de ces organes et enleva le rein. Le malade mourut de la perte de sang qu'il avait éprouvée et de choc. — 2° Dans un cas de tuberculose du rein. Mort.

M. le Dr DAVID W. CHEEVER (de Boston).— Shock. (*A suivre*.)

A. RAOULT.

61e CONGRÈS DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS.

Session de Bonn (1888) (suite) (1).

Section de Chirurgie (suite).

M. BARDENHEUER. — *Traitement de l'oblitération du canal cholédoque par la création d'une fistule entre la vésicule biliaire et l'intestin grêle.* Depuis plusieurs mois un homme présente tous les symptômes d'un oblitération totale du canal cholédoque. On taille un lambeau à double vantail à ce niveau ; on *décolle le péritoine et à travers la séreuse intacte on examine le foie.* Dans le sillon de la vésicule on sent quelques nodosités ; la vésicule est elle-même gonflée, sans qu'on sache pourquoi s'est effectuée l'oblitération ; en palpant on éraille le péritoine légèrement crevé. On ouvre alors la séreuse et l'on dégage une anse de l'intestin grêle ; on accolle toute l'épaisseur de la paroi de la vésicule au duodénum à l'aide de points de suture ; cette compression détermine une adhérence et en peu de temps la paroi de la vésicule s'ouvre dans l'intestin grêle.

M. DE WINIVARTER rapporte, qu'en un cas semblable, il trouva un calcul de la grosseur d'une prune qui obturait la bifurcation des deux conduits cystique et cholédoque. La vésicule était adhérente, vide et rétractée. Dans ces conditions, il sectionna les adhérences au thermocautère et décolla sans couper ; puis entourant la vésicule de gaze iodoformée il l'ouvrit et enleva la pierre. Il ne s'écoula pas de bile. Il sutura alors la vésicule avec la péritoine dans l'angle supérieur de la plaie, établissant ainsi une fistule biliaire. Vingt-quatre heures plus tard, la bile passa mais non dans l'intestin ; on pensa alors que l'organe ou l'adhérence péritonéale contournait le canal cholédoque et que la rectitude de l'abouchement ne s'était pas effectué. C'est en vain qu'on dirigea des sondes du côté de l'intestin. Ce n'est que trois semaines plus tard que soudain. sans que rien n'expliquât les allures antérieures ni la marche nouvelle des phénomènes, la bile atteignit l'intestin ; le malade guérit alors.

M. KRŒNLEIN a exécuté la laparotomie pour une hydropisie de la vésicule biliaire ; le canal cystique contenait un calcul. Croyant être parvenu par le canal cholédoque dans l'intestin, il pratiqua la section cystico-intestinale. La réduction eut lieu ainsi que la guérison.

M. BARDENHEUER. — *Ligature de l'artère hypogastrique pour un volumineux anévrysme de l'artère fessière.* Section allant de l'épine iliaque antérieure et supérieure au milieu du ligament de Poupart du côté opposé. Décollement du péritoine jusqu'à la face antérieure du sacrum. Ligature. Résultat favorable.

M. STROHE (de Cologne). — *De l'emploi de l'incision exploratrice dans un cas de calcul biliaire supposé.* Une femme de 30 ans, souffre depuis quelques semaines de violentes coliques épatiques et de vomissements ; elle aurait dit-elle, vomi des calculs. Très amaigrie, très hystérique, elle est des plus abattues. Evacuations alvines normales. Hypertrophie hépatique à la percussion. S'agit-il d'un calcul, d'un carcinôme, d'une hydropisie de la vésicule biliaire ? On ouvre largement l'abdomen par une incision à double battant. En pratiquant l'exploration bi-manuelle, on sent une pression dans la vésicule biliaire atrophiée. Le conduit cystique ressemble à une corde de l'épaisseur d'un crayon ; un calcul y est enclavé ; en arrière de ce point il est normal de même que le canal cholédoque entier. Après avoir suturé la vésicule biliaire au péritoine, on incise ce dernier. Pansement à l'iodoforme. Quelques jours après la malade avorte, de sorte qu'il faut attendre vingt jours avant d'ouvrir la vésicule et d'enlever la pierre. On trouve un calcul entre la vésicule et le pylore qui explique le vomissement de calcul mentionné. En peu de temps tous les symptômes disparurent. En six mois la fistule était fermée.

(1) Voir *Progrès médical*, n° 40, 41, 42, 43, etc.

M. HOFFA (de Wurzbourg). — *Contribution à l'anatomie pathologique des fractures de la rotule.* Expériences dans lesquelles ouvrant avec un ténotome la capsule articulaire et sciant la rotule, l'opérateur s'en va fracturer un coin osseux occupant la gorge même de l'articulation du genou. Dans ces conditions, l'aponévrose est toujours très irrégulièrement déchirée ; ses lambeaux s'interposent entre des fragments ; la pression de l'air doit également les intercaler chez le vivant entre les mêmes fragments et entraver ainsi la consolidation.

M. HOFFA. — *Des fissures laryngiennes.* De la statistique des opérations pratiquées en pareil cas par Bruns (faits de 1878 et lui-même (2 cas), il résulte que sur 94 opérés et soumis à l'antisepsie il n'en est mort que 4 : 1 de pyémie, 1 de dipthérie, 2 d'hémorrhagies pulmonaires. Quatre-vingt-dix ont guéri. La mortalité des malades opérés avant la période antiseptique se chiffre par :

8 0/0 (Mackenzie).
5 0/0 (Ziemssen).
3 0/0 (Huetes et Bruns).

Il n'est jamais survenu de nécrose des cartilages. Les résultats définitifs dépendent des motifs de l'opération. On ne guérira dans les cas de tumeurs malignes que si l'on opère des malades dans un état général assez satisfaisant. L'opération n'exeree pas d'influence nocive sur la respiration. En ce qui coneerne la voix, elle est restée, sur 60 cas, 39 fois normale, 15 fois rauque ou rude ; l'aphonie a été notée 6 fois.

M. SPRENGEL a observé de la sténose laryngée chez l'enfant à la suite de l'opération.

M. HOFFA. — *De l'emploi de la traction et de la pression élastiques dans le traitement des scolioses.* On fait plusieurs fois par jour suspendre pendant un temps très court les petits malades jusqu'à ce que les orteils seuls touchent à terre ; dans cette position on redresse les incurvations de la colonne vertébrale au moyen de ceintures élastiques solidement fixées sur les côtés des piquets de suspension. Parallèlement et de concert avec ces séances de correction, on met aux enfants un corset à tiges de redressement élastiques. (*A suivre*). P. KERAVAL.

CORRESPONDANCE

Encore la question des médicaments de garde. Réclamations des Internes de la Salpêtrière.

10 novembre 1888.

Monsieur le Directeur,

Nous apprenons que nous sommes accusés de refuser nos soins aux vieilles femmes de l'hospice de la Salpêtrière et qu'on nous reproche de ne pas remplir nos devoirs professionnels ; nous croyons, en toute conscience, n'avoir mérité ni cette accusation ni ces reproches et nous avons, au contraire, le sentiment d'avoir cherché à être utiles aux malades de l'hospice, en luttant contre un état de choses dont elles se plaignaient elles-mêmes et dont elles avaient, en effet, directement à souffrir.

Comme vous le savez, Monsieur le Directeur, la Salpêtrière, dont la population s'élève à près de 5,000 personnes, se compose d'un quartier d'hospice, d'une infirmerie (médecine et chirurgie) et d'un quartier d'aliénées. Jusqu'à présent dans le quartier d'hospice, le plus important en population, puisqu'il comprend au moins les deux tiers des malades de la Salpêtrière, la visite médicale était faite par les internes, qui, suivant qu'il s'agissait d'une simple indisposition ou d'une maladie plus grave, formulaient une prescription à suivre dans les dortoirs, ou bien faisaient transporter les malades à l'infirmerie, où ils continuaient à leur donner leurs soins sous la direction de leurs chefs de service.

Depuis l'année derniere, par suite de difficultés soulevées par le service de la pharmacie, notre rôle est devenu de plus en plus pénible à remplir. Les internes en pharmacie, en effet,

interprétant rigoureusement à la lettre des règlements surannés, incompatibles avec le bon fonctionnement du service médical, se retranchaient derrière le texte du règlement et refusaient systématiquement de remplir nos prescriptions toutes les fois qu'elles contenaient des médicaments autres que les *médicaments dits de garde*, quand encore ils ne refusaient pas, sous un prétexte ou sous un autre, de servir même ces derniers médicaments. Ce fait est arrivé, en effet, plus d'une fois, malgré nos démarches immédiates auprès du directeur de l'hospice et le visa par lui de nos prescriptions.

L'insuffisance des médicaments de garde se démontre d'elle-même; il nous suffira de rappeler que n'y sont pas compris la plupart des médicaments d'un usage journalier chez les vieillards tels que les divers iodures, l'extrait de quinine, le bicarbonate de soude, l'huile de ricin, le sirop de tolu, et même les plus simples tisanes, etc., etc., etc.

D'ailleurs, pour bien établir l'arbitraire présidant à l'interprétation du règlement, il nous suffira de dire que les médicaments refusés aux vieillards étaient souvent servis à certains employés, tandis qu'ils étaient également refusés à d'autres.

Si cette insuffisance des médicaments de garde se fait déjà sentir dans les hôpitaux, et a donné lieu à plus d'une réclamation, elle nous met ici dans l'impossibilité à peu près complète de soigner convenablement les vieilles femmes de la Salpêtrière. Aussi, à plusieurs reprises, nos prédécesseurs de l'an passé ont-ils réclamé à ce sujet auprès de l'Administration centrale. Nous-mêmes, au commencement de l'année, nous avons renouvelé plusieurs fois les mêmes réclamations; mais, celles-ci restant toujours sans solution, nous avons fini par prendre le parti, tant que ne nous aurait pas été reconnu le droit de prescrire tous les médicaments du formulaire des hôpitaux, de ne plus passer dans les dortoirs du quartier de l'hospice où la plupart de nos prescriptions n'etaient pas suivies d'exécution, et où par ce fait notre visite devenait inutile.

Nous avons donc informé l'Administration de cette résolution, et, à partir de ce moment, nous nous sommes bornes à soigner, à quelque heure que ce fût, que les grandes malades amenées comme par le passé dans les salles de l'infirmerie, espérant que, devant cette situation, on ferait rapidement droit à nos justes réclamations. Mais, depuis plus de six mois, cet état de choses persiste et, en même temps que nous tenons à nous disculper des accusations portées contre nous, nous avons l'espoir que cette protestation servira à hâter une solution et que nous obtiendrons enfin le droit, réclamé depuis longtemps, de prescrire tout médicament du formulaire des hôpitaux que nous jugerons convenable. Cette solution s'impose d'autant plus que nous entrons dans l'hiver et que si jusqu'alors les vieilles femmes de la Salpêtrière n'ont pas eu à souffrir de la mesure à laquelle nous nous étions arrêtés, la saison rigoureuse produit fréquemment chez elles des indispositions trop légères pour nécessiter leur admission à l'infirmerie, mais exigeant cependant des soins journaliers.

Nous ne croyons pas que l'on puisse, à propos de cette réclamation que nous estimons des plus justes, soulever une objection que nous avons entendu faire quelquefois, à savoir que nous n'étions pas encore docteurs et que nous n'avions pas, par conséquent, le droit de prescrire un médicament. Cette objection tombe d'elle-même par ce fait que l'Administration nous autorise à prescrire des médicaments de garde, parmi lesquels il s'en trouve des plus actifs; et d'ailleurs, nous avons tous un temps de scolarité beaucoup supérieur à celui nécessaire pour l'obtention du doctorat et il ne tiendrait qu'à l'Administration de faire disparaître toute contestation à ce sujet en nous autorisant à passer notre thèse.

Les Internes en médecine de la Salpêtrière :

HILLEMAND, HUET,
MICHAUT, VIGNARD.

BOURSES. — *Fondation de Barkow.* — Sont appelés à jouir, pendant l'année scolaire 1888-1889, d'une des bourses d'enseignement supérieur instituées sur ladite fondation : MM. Lalande, étudiant en médecine de la Faculté de Paris; Le Noir, étudiant en médecine de la Faculté de Paris; Marie, élève de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris. — *Fondation Pelrin* : M. Kurtz, étudiant en médecine de Paris.

VARIA

Société d'hygiène publique de Reims.

Le samedi 20 octobre 1888, à 6 heures 1/4 du soir, a eu lieu dans la grande salle de l'Hôtel-de-Ville, la réunion générale des adhérents à la nouvelle Société; une trentaine de membres assistaient à la réunion. M. le Dr H. Henrot, maire de Reims, présidait, assisté de M. Henri Monod, Directeur général de l'Assistance publique de France, membre de la Société de médecine publique et d'Hygiène professionnelle de Paris, de M. Alphonse Gosset, architecte et de M. Girard, vétérinaire

M. le Dr Henrot communique à l'assemblée un certain nombre de lettres d'excuses; il regrette particulièrement l'absence de M. le Dr Napias, le fondateur et le Secrétaire général si dévoué de la Société de médecine publique et d'Hygiène professionnelle de Paris, et celle de M. le Dr A.-J. Martin, secrétaire-adjoint, qui tous les deux se sont complètement consacrés au développement d'une association qui a contribué dans une large mesure au développement de l'hygiène publique en France. M. le Président du bureau provisoire fait connaître à l'Assemblée la lettre suivante de M. le Sous-Préfet :

« Monsieur le Maire, M. le Préfet a soumis à l'examen de M. le Ministre de l'Intérieur les statuts de la Société d'Hygiène publique, en voie de formation à Reims. Ces statuts donnent lieu à plusieurs observations : 1° Il devra être stipulé que les mineurs ne pourront faire partie de la Société sans l'autorisation de leurs parents ou tuteurs, et que les modifications statutaires seront soumises à l'approbation du Préfet; 2° En outre, des dispositions additionnelles devront : l'une, prévoir l'emploi de l'actif social, en cas de dissolution, et l'autre, interdire dans les réunions les discussions politiques et religieuses. Ci-joints les trois exemplaires des statuts déposés que vous voudrez bien me retourner, dès qu'ils auront été complétés conformément aux indications ci-dessus. Agréez, etc. »

En conséquence, et après une discussion sommaire, l'Assemblée décide l'adjonction aux statuts des articles suivants : 1° Que les mineurs ne pourront faire partie de la Société sans l'assentiment de leurs parents ou de leur tuteur ; 2° Que des modifications aux statuts ne pourront être apportées sans l'approbation de M. le Préfet; 3° Que les discussions politiques et religieuses sont interdites; 4° Qu'en cas de dissolution de la Société, l'actif sera versé à la caisse du bureau de bienfaisance de Reims.

Il est ensuite procédé à la constitution définitive du Bureau qui se trouve ainsi composé : Président, M. le Dr H. HENROT, maire de Reims professeur d'hygiène à l'Ecole de Médecine ; Vice Présidents, M. ALPHONSE GOSSET, président de la Société des architectes de la Marne ; et M. le Dr LUTON, Directeur de l'Ecole de Médecine de Reims; Secrétaire-général : M. le Dr HOEL, Directeur du bureau d'hygiène de la ville de Reims ; Secrétaires des séances, M. MICHAUT, ingénieur des Ponts et Chaussées de l'arrondissement de Reims ; Et M. GIRARD, vétérinaire de l'abattoir; Trésorier, M. le Dr CH. STRAPART, professeur à l'Ecole de Médecine; Archiviste, M. Félix LANGLET, Directeur de la voirie.

M. le Dr Henrot remercie l'assemblée de l'honneur qu'elle vient de lui faire en le nommant Président ; il croit que ses fonctions de maire pourront faciliter les débuts de la jeune Société.

Banquet. — A la suite de cette séance, un banquet d'une trentaine de couverts avait lieu au Grand-Hôtel, sous la présidence de M. Léon BOURGEOIS, sous-secrétaire d'Etat au ministère de l'Intérieur. Outre les membres du Bureau, on remarquait dans l'assistance : M. H. Monod, Directeur général de l'Assistance publique de France ; M. Baudran, Préfet de la Marne; M. Fosse, Sous-préfet de Reims ; M. le professeur Landouzy, de Paris ; des médecins, des ingénieurs, des vétérinaires de Reims et des villes voisines. Au dessert, M. le Dr HENROT, après avoir remercié ses collègues d'avoir répondu avec tant d'empressement à l'invitation du bureau provisoire, a dit en substance :

Pendant longtemps toutes les améliorations proposées par les hygiénistes restaient sans résultat ; c'est que les efforts étaient isolés. Aujourd'hui, depuis les réunions des Congrès d'Hygiène depuis surtout la création de la Société d'Hygiène publique de Paris, les opinions émises par les hygiénistes sont soumises à une

discussion sérieuse; les résolutions prises ont par conséquent plus de force. Autrefois l'hygiène constituait, entre la médecine proprement dite, et les sciences dites accessoires, un petit département séparé. Aujourd'hui, depuis surtout que la Société de médecine publique et d'Hygiène professionnelle de Paris a donné l'exemple, et qu'elle a su intéresser à ses travaux, les chimistes, les ingénieurs, les industriels, les administrateurs et les hommes de gouvernement, elle a fait réaliser à cette branche de la science des progrès considérables; les administrateurs, au lieu de repousser systématiquement toutes les améliorations proposées par les hygiénistes, sont les premiers à réclamer des notions claires et nettes qu'ils puissent transformer en lois et en arrêtés. Nous avons ce soir la bonne fortune de posséder au milieu de nous M. Léon Bourgeois, Sous-secrétaire d'Etat à l'Intérieur et M. H. Monod, le Directeur général de l'Assistance publique en France; le Ministre de l'Intérieur a la haute main sur tout ce qui intéresse le bien-être des populations, et, par une anomalie qui ne se comprend pas, l'Hygiène et l'Assistance publique, qui ont entre elles des rapports si intimes, dépendent de deux ministères; ces deux sœurs jumelles, si intimement unies dans la pratique, sont séparées à Paris : l'une est rattachée au ministère du Commerce, l'autre au ministère de l'Intérieur; le citoyen que par quelques soins on peut empêcher de devenir malade, et le malade sont, dans les communes, l'objet de la préoccupation constante du maire; à Paris, ils dépendent de deux administrations différentes, comme si l'hygiène et l'assistance bien dirigées, avec esprit de suite et avec la volonté de bien faire, n'étaient pas les plus puissants moyens d'assurer la santé publique.

M. le Dr Henrot boit à l'union de ces deux branches si importantes de nos services publics, et porte la santé de M. Léon Bourgeois et de M. H. Monod, « les grands maîtres de la santé publique ! »

M. Léon Bourgeois, sous-secrétaire d'Etat, se lève à son tour, et, avec cette parole facile et persuasive qu'on lui connaît, fait une étude sommaire de l'organisation des différents services de l'hygiène et de l'assistance publique; il rappelle les efforts qui ont été faits à Reims dans ce sens; il est persuadé que la réunion de ces deux services sous une même direction donnerait les plus heureux résultats. M. Bourgeois développe ce thème avec une compétence et une science indiscutables et boit à la prospérité de la Société d'Hygiène publique de Reims. M. Alphonse Gosset, Vice-président, appelle l'attention de la Société sur l'importance des exercices physiques dans les établissements d'instruction; il résume les articles intéressants qui ont paru dans la presse dans ces derniers temps; il désire voir installer auprès de chaque Ecole des champs de jeux; il espère que la Commission qui vient d'être nommée à Paris sous la présidence de M. Berthelot, ancien ministre de l'Instruction publique, fera faire un pas considérable à la question; il ne s'agit pas seulement de faire des savants, il faut avant tout faire des soldats vaillants et vigoureux. M. le Dr O. Doyen, ancien maire de Reims, porte la santé de M. le Dr Landouzy, professeur agrégé de la Faculté de Paris, ancien élève de l'Ecole de Reims. M. le Sous-Secrétaire d'Etat, pour terminer cette fête, remet à l'un des membres de la Société, M. Thomas, Directeur de l'Ecole professionnelle, les palmes d'Officier d'Académie (*Applaudissements unanimes*).

Nous rappellerons à ce propos qu'il existe à Paris deux Sociétés d'Hygiène, la *Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle* et la *Société française d'hygiène* et une Société d'hygiène publique à Bordeaux, au Havre et à Rouen.

L'Enseignement de la Chirurgie et de l'Anatomie dans les Universités de langue allemande; (Suite) (1)

par M. le Dr Lejars, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.

Grâce à la haute notoriété du professeur Volkmann, la Clinique de Halle jouit d'une grande activité. La séance journalière commence à onze heures, mais, dans le courant de la matinée, les assistants ont fait la visite des salles et pratiqué déjà plusieurs opérations à l'amphithéâtre. A peu près 100 étudiants sont présents. Le professeur Volkmann ne leur fait pas faire d'examens cliniques devant lui; il présente plusieurs malades dont il expose l'histoire, puis il explique les opérations qu'il va faire. il enseigne avec une clarté et une élégance extrêmes; littérateur distingué, il sait atténuer les rudesses de la phrase allemande et lui donner toutes ses harmonies; démontrant toujours, au tableau ou sur le malade, il fait de chacune de ses cliniques une leçon de théorie appliquée, que les élèves recueillent avec le plus grand soin. Mais revenons à son Institut : les assistants y sont tous logés, et même quelques-uns des Secundar-ärzt; il existe de plus un laboratoire, une bibliothèque, et, pour le professeur, un cabinet avec salle d'attente où il peut recevoir certains malades spéciaux. En résumé, le professeur est maître de sa Clinique; c'est lui qui en dirige souverainement le fonctionnement administratif et scientifique. Le budget de ces beaux Instituts est fort élevé : à Kœnigsberg, il est de 125,000 marcs.

Ainsi, tout a été combiné pour faire de chacun de ces Instituts un centre complet d'enseignement : salles d'hommes, de femmes et d'enfants, un ou plusieurs laboratoires, un musée (le musée de Billroth, etc.), une bibliothèque; à Breslau, par exemple, à l'Allerheiligen Hospital (Clin. du prof. Fischer), une bibliothèque, ouverte aux étudiants, renferme la plupart des ouvrages de chirurgie allemands, et les journaux allemands, anglais et français; un musée, que les assistants prennent soin d'entretenir et d'enrichir chaque jour, est très riche en pièces de pathologie osseuse et contient surtout de nombreux spécimens de chirurgie de guerre. A Kœnigsberg, à la bibliothèque des Assistants, fort bien tenue et très complète, pourvue d'un fonds d'entretien, on reçoit régulièrement la *Revue de Chirurgie* et celle de *Médecine*, les *Archives générales* de médecine et d'autres journaux français. Je dois avouer que je n'ai jamais vu un journal allemand dans nos bibliothèques d'internes (1).

Mais, au milieu de ces ressources scientifiques si largement alimentées, on retrouve l'esprit pratique qui a présidé à toutes les installations. Les Instituts allemands ne rappellent en rien les monuments de pierre que l'on crée chez nous, et qui restent pour des siècles immobilisés dans leur forme actuelle. A Leipzig, nous l'avons vu, les salles de la clinique ne sont autres que des pavillons de bois; en Russie, on trouve des hôpitaux entiers construits en bois, et dont on ne saurait trop envier l'hygiène et la belle ordonnance; presque tous les Instituts sont bâtis en briques, ce qui coûte moins.

Et cette conception exacte de l'utile, on en saisit l'empreinte jusque dans les procédés de pansement. Nulle part, en Allemagne, on ne fait l'antisepsie à grands frais; l'antisepsie est devenue, elle aussi, une question d'organisation; le service tout entier y est adapté, le personnel y est rompu : il en résulte que les moyens directs peuvent être fort simples. A ce point de vue spécial, il nous semble intéressant de faire une courte revue des procédés antiseptiques en usage dans les cliniques que nous avons visitées, et de donner un aperçu des résultats dont nous avons été témoins.

A Bâle, M. le Pr Socin, bien connu à Paris, opère dans une salle-modèle dont il est inutile de refaire, après d'autres plus autorisés, la description. Disons seulement qu'elle se compose de deux parties : l'amphithéâtre avec les jardins réservés aux élèves tout autour, et, dans l'hémicycle central, la table d'opération à double paroi, sur laquelle le malade est placé presque nu, recouvert seulement d'un drap; au fond, une seconde salle qui renferme les vitrines, les objets de pansement, etc. M. Socin emploie les éponges, mais il a soin de les laisser macérer préalablement pendant un mois dans la solution phéniquée à 5 0/0, elles deviennent presque noires; une série de bocaux numérotés sont ainsi utilisés successivement. Le sublimé à 1 0/00 sert aux lavages et aux pansements; pour remplacer la solution phéniquée forte, M. Socin additionne le sublimé d'une petite proportion d'acide tartrique, ce qui lui donne la propriété de coaguler l'albumine et de produire les mêmes effets à la surface d'une plaie saignante. J'ajoute qu'un système de rails, installé dans les couloirs, permet de rouler, de l'amphithéâtre aux salles, et *vice versâ*, le charriot de pansement, les lits, etc.

A Vienne, nous donnerons la pratique ordinaire des profes-

(1) Voir *Progrès médical*, n° 43.

(1) Certains internes des hôpitaux ont à diverses reprises essayé de faire voter dans leurs salles de garde respectives un abonnement à un ou à plusieurs journaux etrangers. Ils en ont été pour leurs frais.... d'éloquence. (Marc.-B.).

seurs Billroth, Albert et Mosetig-Moorhof. MM. Billroth et Albert font à peu près le même pansement ; l'acide phénique, à 1 0/0 (solution faible), ou à 2 1/2 0/0 (solution forte) sert aux lavages extérieurs et aux instruments ; c'est le sublimé 1/1000 dont l'emploi est le plus général. Les éponges sont proscrites : on les remplace par des tampons de tarlatane ou d'ouate trempés dans la solution de sublimé ; on lave abondamment pendant toute la durée de l'opération, et le système d'injecteur que nous avons indiqué plus haut se prête fort bien à cette irrigation antiseptique en quelque sorte continue du champ opératoire. Le pansement se fait avec : un peu de gaze iodoformée, de la tarlatane au sublimé, d'abord en chiffons, puis en lames, une baudruche, de l'ouate ordinaire ou de l'ouate de bois enveloppée d'une gaze, une bande de tarlatane. M. Mosetig-Moorhof a généralisé dans son service, à Wieden-Spital, l'usage de la créoline, en solution à 2 0/0. L'iodoforme, dont il a été l'un des récents promoteurs en chirurgie, fait la base de son antisepsie. A la surface de la plaie fraîche, il étend une légère couche de poudre d'iodoforme ; par dessus une lame de gaze iodoformée, puis une baudruche trempée dans la créoline, de l'ouate hydrophile, de l'ouate de bois, une bande de tarlatane. D'après lui, il est indispensable de recouvrir directement la gaze iodoformée d'une toile imperméable, c'est le meilleur moyen de l'empêcher de faire croûte en se desséchant et d'éviter les rétentions de liquides. Il n'associe jamais l'iodoforme à l'acide phénique : les accidents d'intoxication résulteraient de ce mélange, l'acide phénique, en gênant le fonctionnement de l'appareil rénal, entraverait l'élimination de l'iodoforme. Avec cette condition, M. Mosetig ne craint pas, sur les grandes brulures, de couvrir une large surface granuleuse de gaze iodoformée : l'iodoforme devient alors réellement analgésique. La rareté des pansements qu'on ne lève que toutes les deux ou trois semaines compense leur cherté, réduite d'ailleurs aujourd'hui ; de transport facile, l'iodoforme est très commode en campagne, et le professeur Mosetig en a obtenu les meilleurs résultats dans la dernière guerre Serbo-Bulgare, aux hôpitaux de Belgrade. Il utilise encore l'iodoforme en émulsion dans la glycérine et l'éther iodoformé ; la glycérine iodoformée est réservée pour les abcès froids, l'éther iodoformé pour les arthrites fongueuses et les goîtres parenchymateux. Dans la pratique de M. Mosetig, on traite les arthrites fongueuses d'abord par la « paquelinisation », c'est-à-dire les pointes de feu pénétrantes dont on fait une ou deux séances, à une quinzaine de jours d'intervalle ; puis on commence les injections d'éther iodoformé, on les répète toutes les semaines suivant le degré de réaction, injectant à chaque reprise une seringue de Pravaz d'éther dans l'épaisseur des fongosités. Le traitement est fort long (10 mois et plus), mais M. Mosetig s'en loue beaucoup. Dans les goîtres parenchymateux, l'éther iodoformé est d'un emploi plus heureux encore : dans les goîtres plongeants, rétro-sternaux, où la dyspnée se fait intense, une injection de quelques grammes d'éther iodoformé à 1 pour 5 produit un rapide soulagement ; en 10 à 12 heures, les accidents s'apaisent : le traitement continué réduit notablement la tumeur thyroïdienne ; nous avons vu deux malades sauvés par ce procédé d'une suffocation menaçante et encore en traitement à l'hôpital des Marchands, près de Wieden-Spital. (*A suivre*).

Les Enfants Assistés en Algérie.

Il y a six ans, sur l'initiative de M. le Dr Thulié, le conseil général de la Seine décida la création en Algérie d'une colonie d'enfants recueillis par les soins de l'Assistance publique dans la Seine. Pour réaliser cette création, on arrêta en principe la fondation d'une école d'agriculture et d'horticulture où seraient envoyés seulement les bons sujets, travailleurs, intelligents et ayant eux-mêmes demandé leur envoi en Algérie. Le département de la Seine avait consacré en 1884 une somme de 1,100,000 francs à l'exécution de cette idée. L'État fit aussi quelque chose. Pour assurer la dotation en terres des futurs colons, une loi attribua, le 27 avril 1886, au département de la Seine, deux concessions importantes : l'une de 1,232 hectares dans la province d'Alger, la seconde de 2,035 hectares dans la province de Constantine. Enfin, l'abbé Roudil offrit, en mars 1887, pour l'école elle-même, quatre domaines d'un seul tenant et d'une superficie de 1,500 hectares, situés dans la commune mixte de Ben-Chicao, à deux lieues de Médéah. La seule condition de ce don imposée par le généreux aumônier, fut que l'école, qui devra être installée partiellement le 1er janvier prochain, serait dénommée : Établissement agricole des pupilles du département de la Seine (fondation Roudil). On voit qu'un heureux concours de circonstances va permettre de tenter un essai grandiose de rénovation sociale, sans que les sacrifices financiers que le département aura à supporter soient bien lourds. Malheureusement, des difficultés matérielles s'élèvent sur place, croit-on, qui peuvent compromettre la réalisation de ce plan magnifique. Il faut que toutes les difficultés soient surmontées et que la réalisation du programme tracé par le Conseil général se poursuive sans retard. Il serait déplorable de voir rester infructueux les efforts réalisés depuis six années et de rendre inutiles les sacrifices consentis.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 19. — (Epreuve pratique) Médec. opérat. : MM. Guyon, Kirmisson, Poirier. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Fournier, Ch. Richet, Reynier.

MARDI 20. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Berger, Quénu. — 4e *de Doctorat* : MM. G. Sée, Raymond, Ballet. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Panas, Peyrot, Maygrier ; — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Jaccoud, Joffroy ; — (2e série) : MM. Grancher, Lancereaux, Hutinel.

MERCREDI 21. — (Epreuve pratique) Médec. opérat. : MM. Bouilly, Jalaguier, Segond. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Reynier, Joffroy. — 4e *de Doctorat* : MM. Straus, A. Robin, Chauffard.

JEUDI 22. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Peyrot, Raymond. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. G. Sée, Bouchard, Troisier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Le Fort, Tarnier, Brun.

VENDREDI 23. — 1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Gariel, Villejean. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Bouilly, Kirmisson, Ribemont-Dessaignes. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Trélat, Budin, Segond ; — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Potain, A. Robin, Brissaud.

SAMEDI 24. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Bouchard, Grancher, Quinquaud. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Duplay, Tarnier, Schwartz. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Cornil, Dieulafoy, Raymond ; — (2e *Série*) : MM. Peter, Ball, Hutinel.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Jeudi 22. — M. Cordier. Contribution à l'étude des plaies pénétrantes de l'abdomen et de leur traitement (spécialement des plaies par armes à feu). — M. Loris-Mélikoff. Étude sur l'organisation de l'Hopital-Baraque Alexandre de Saint-Pétersbourg. — M. Terrien. Des modes de terminaison du délire alcoolique. — M. Castaing. Abcès et gangrènes consécutifs à la variole.

NÉCROLOGIE

M. Léopold CHOPARD, interne des hôpitaux de Paris.

Le 8 novembre dernier est décédé, dans sa 29e année, notre collègue et cher ami Léopold-Adolphe CHOPARD, interne de deuxième année à l'hôpital Bichat, dans le service de M. le Dr Gaillard-Lacombe. — Ses obsèques ont eu lieu le samedi 10 novembre, à 10 heures 1/2 du matin.

Au cimetière, M. le Dr Lacronique, médecin militaire, ami personnel du défunt, a montré avec quelle énergie Chopard avait lutté jusqu'à la fin contre l'affreuse maladie dont il était atteint depuis plusieurs années déjà ; il a rappelé qu'un érésipèle contracté au lit du malade avait contraint l'interne à abandonner, malgré tout son courage, le poste qu'il occupait avec tant de zèle et de plaisir. Le nom de son ancêtre, a-t-il ajouté, l'aurait soutenu dans la lutte pour la vie médicale ; mais Chopard avait compté sans la fatalité ! — Au nom des internes, notre collègue de Bichat, M. Gillet, a prononcé les paroles suivantes sur la tombe de notre regretté camarade.

« Le nouveau malheur qui vient de frapper l'internat dans la personne de notre ami Chopard s'accompagne pour quelques-uns de nous d'un double regret ; car nous perdons en lui à la fois un collègue et un camarade de classes. Certes, lorsque nous étions assis sur les bancs du lycée St-Louis à côté de Chopard, nous ne nous doutions guère que nous serions sitôt appelés à l'accompagner à cette dernière demeure. Travailleur consciencieux, oubliant peut-être trop que les forces humaines ont des limites, il s'engage, malade déjà, dans la voie des concours. Interne, il se dévoue à ses malades et refuse souvent, malgré nos exhortations, de prendre les quelques jours de repos que nécessitait son état. Comme le soldat à son poste, il est

mort sur la brêche. Ses maitres savent et vous diront qu'il était déjà quelqu'un. D'une grande compétence en anatomie pathologique, nous aimions à discuter avec lui et à le consulter sur les questions en litige. Aimé de ses chefs, aimé de ses collègues, sans l'affreuse maladie qui l'emporta, il pouvait compter sur un avenir brillant. Il devait en être autrement. Qui sait, et c'est peut-être là une consolation pour ceux qui restent, si nous ne devons pas le trouver heureux, lui qui n'a vu de la vie que la période d'espérance et qui n'en a même pas pressenti les désenchantements ! Au nom de tous tes collègues, adieu Chopard, adieu ami. » MARCEL BAUDOUIN.

Heinrich von BAMBERGER (de Vienne).

Heinrich von BAMBERGER est né le 27 décembre 1822, à Prague. Il étudia dans sa ville natale la médecine et fut reçu docteur en 1847. Il passa cependant une partie de son temps de scolarité à Vienne, chez Skoda et Rokitansky. D'abord médecin en second à l'Allgemeine Krankenhaus de Prague, il fut nommé, en 1849, assistant de clinique médicale dans cette ville. En 1851, il alla à Leipzig, puis à Vienne, comme assistant d'Oppolzer. En 1854, il acceptait la place de professeur de pathologie spéciale et de thérapeutique à Wurzbourg. Après la mort d'Oppolzer, il revint à Vienne succéder à son maître et fut nommé professeur de pathologie spéciale à cette Université. On doit surtout à von Bamberger : *De olei crotonis externæ adhibiti efficacia*, 27 pp., in-8°. Berotini, typ. Nietac. Bianis (1833). — *Krankheiten des chylopoëtischen Systems* (Digestions-tractus, Leber, Milz, Pankreas, Nebennieren, Bauchfell); Extrait de l'*Handb. spec. Path. u. Therap.* de Virchow); Erlangen, 1855 ; 2e éd., 1864, à Wurzbourg; ce livre a été traduit en italien et en hollandais. — *Uber Bacon von Verulam*, Wurzburg, 1865. — *Lehrbuch der Krankheiten des Herzens*, 453 pp., 8° (Wien, W. Braumüller), 1857. — *Ueber Morbus Brightii und seine Beziehungen zu anderen Krankheiten*; in *Samml. Klin. Vortr.*, Leipzig, 1879, n° 173 et *Innere Medicin*, n° 58, pp. 1533-1568. Voyez aussi *Wurzburger medicinische Zeitschrift.* — Pour son portrait, voir la collection de von Kaathoven. MARCEL BAUDOUIN.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Campimètre de poche ; par M. Léon AZOULAY, externe des hôpitaux.

Les oculistes appellent Campimètre un instrument destiné à mesurer le champ visuel.

Il se compose essentiellement d'un demi-cercle de 0 m. 50 à 0 m. 60 de diamètre, au pôle duquel se trouve le 0 indiqué par une plaque brillante. La graduation en degrés se développe de chaque côté du 0 jusqu'aux extrémités du demi-cercle où se trouve le 90e degré.

L'instrument est fixé sur un support de telle sorte qu'il puisse se mettre dans tous les plans, et l'angle que fait le plan de l'instrument avec le plan horizontal ou vertical est marqué par une aiguille sur un petit disque gradué.

Le sujet à examiner a son œil placé au centre du demi-cercle horizontal, l'autre œil étant fermé; il regarde continuellement la plaque brillante du 0. L'opérateur, debout derrière l'instrument, promène le long et à l'intérieur de la circonférence peinte en noire une mire blanche et demande au malade s'il la voit ou s'il cesse de la voir. Quand le malade dit ne plus voir la mire, l'opérateur s'arrête et regarde à quel degré du cercle correspond cette limite du champ visuel. En agissant ainsi dans le plan horizontal, vertical, à 45° à gauche et 45° à droite pour les deux yeux successivement et pour les six couleurs, blanche, rouge, jaune, verte, bleue et violette. On peut inscrire sur un diagramme *ad hoc*, les limites du champ visuel dans ces différents plans, relier ces limites entre elles et avoir ainsi la notion exacte de l'étendue de la vision non seulement pour la couleur blanche, mais encore pour les autres.

Ce n'est pas chez les oculistes seuls que cet instrument est en usage, les médecins aussi s'en servent surtout ceux qui s'occupent d'affections du système nerveux, affections dans lesquels l'examen du champ visuel vient fournir un symptôme important et même pathognomonique comme, par exemple, dans l'hystérie.

L'examen du champ visuel est rare cependant en médecine et ce n'est qu'à la Salpêtrière dans le service de M. le professeur Charcot qu'il est fait avec soin par M. Parinaud. Pourquoi donc cet examen si facile et si fructueux n'est-il pas fait plus souvent?

La cause de cet abandon réside dans l'instrument seul. Sans parler des campimètres de Barthélemy, de Carré, de Doucet qui de l'aveu du fabricant n'ont pas grande valeur; les autres appareils employés en oculistique coûtent très cher (de 60 fr. à 100 fr. et 200 fr.), ils sont très volumineux ce qui rend leur transport impossible, et oblige le médecin à faire venir le client chez lui. Si celui-ci ne peut ou ne veut se déranger, le médecin doit prendre une voiture et courir le risque d'endommager cet appareil coûteux et encombrant.

En somme, aujourd'hui l'on ne peut presque pas faire d'examen du champ visuel en clientèle, à moins de se contenter du procédé du tableau improvisé, ce qui ne donne pas de mesures et par suite ne permet pas de suivre la marche de l'affection.

Il est tout naturel que nous n'ayons jamais trouvé de campimètre dans les hôpitaux généraux où nous avons été, et cependant le besoin s'en est fait sentir plusieurs fois. Aussi avons-nous fait construire par M. Dubois, fabricant d'instrument de chirurgie un campimètre tel que la modicité de son prix (1), son petit volume lorsqu'il est fermé, permettent à tout médecin et même à tout étudiant de faire des examens campimétriques en tout lieu et avec l'exactitude de l'instrument le plus coûteux.

Pour cela nous avons brisé la demi-circonférence en neuf parties articulées entre elles (Voir *Fig.* 52).

Un simple mètre articulé, diminué d'un décimètre, courbé à l'eau et au feu de manière à représenter une demi circonférence de 0 m. 57 centimètres de diamètre ce qui fait un demi-centimètre pour la valeur d'un degré ayant ses deux extrémités jointe par une cordelette à crochet de 0 m. 57 centimètres de long. Voilà tout le campimètre. Le support est une tige à coulisse ayant toute développée 0 m. 30 de haut, se fixant, à l'aide d'une pince, sur n'importe quelle table sans la détériorer et portant à son extrémité supérieure une petite pince à ressort sur pivot tournant qui doit soutenir le campimètre. L'instrument fermé a une longueur de 0 m. 18 à 0 m. 20 centimètres, une largeur de 0 m. 02 centimètres et un poids de 125 à 150 grammes. Pour s'en servir: On fixe le support tiré sur la table avec la pince inférieure. On développe le campimètre, on le rectifie et l'on fixe le crochet de la cordelette à l'extrémité libre du campimètre : — le demi-cercle se trouve alors constitué ; — on fait ensuite entrer le 5e décimètre portant une marque dans la pince à pivot tournant et l'instrument est prêt dans le plan horizontal. On dit au malade de placer la racine du nez au contact d'un nœud situé au milieu de la cordelette, nœud qu'il sent s'il ne le voit pas. En appuyant le coude sur la table et le menton sur la paume de la main, l'œil du malade se trouve à la hauteur de la plaque brillante, cela seulement si le malade remue trop du chef ou se fatigue vite. Grâce au pivot tournant l'appareil peut se mettre dans tous les plans sans que le malade ait à se déranger.



Fig. 52.

Je vais d'abord citer les défauts de ce campimètre. Il est

(1) L'instrument coutera 5 francs.

légèrement mobile, mais lorsqu'on n'appuie pas trop la mire sur la circonférence intérieure, il l'est à peine.

Lorsque l'appareil est en bois ou en une matière hygrométrique, la courbe tend à se déformer ce qui influe sur la valeur de la graduation. Si l'on songe pourtant que les oculistes se contentent de 4° et 5° d'approximation, on n'a pas à redouter de grossières erreurs, car elles ne surpasseront jamais 2°.

Mais les avantages du campimètre que nous venons de décrire sont nombreux et effacent pour ainsi dire ces faibles inconvénients.

1° Il est transportable, tient dans la poche de tout vêtement et ne pèse guère plus de 150 grammes, donc on peut l'emporter en clientèle, sans s'incommoder.

2° Il est aussi exact que les autres campimètres en usage, dans les cliniques ophthalmologiques.

3° On peut s'en s'en servir sans support, le malade étant au lit.

4° La lecture en est très facile. Chaque articulation indique qu'on est éloigné du 0 d'un nombre impair de 10°; le milieu de chaque décimètre correspond à un nombre pair de 10°; donc sans lire, on sait à quel degré se trouve la limite de la vision.

5° Le prix en est très modique.

Tous ces avantages réunis rendront, je l'espère, plus fréquents les examens de champ visuel en clientèle et à l'hôpital, permettront plus de recherches et par là plus de progrès.

Nous nous permettons d'ajouter que cet instrument qui a été présenté à l'*Académie de médecine* par M. le professeur Damaschino, le 6 novembre, a reçu l'approbation de MM. les professeurs Charcot, Damaschino, Panas, Gariel et de MM. les Drs Abadie, Parinaud et Darier.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 4 nov. 1888 au samedi 10 nov. 1888, les naissances ont été au nombre de 1174, se décomposant ainsi: *Sexe masculin:* légitimes, 426 ; illégitimes, 174. Total, 600. — *Sexe féminin:* légitimes, 398 ; illégitimes, 176. Total, 574.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 4 nov. 1888 au samedi 10 nov. 1888, les décès ont été au nombre de 956, savoir : 489 hommes et 467 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes: Fièvre typhoïde: M. 7, F. 10. T. 17. — Variole : M. 0, F. 4, T. 4. — Rougeole : M. 8, F. 16. T. 24. — Scarlatine : M. 0, F. 0, T. 0. — Coqueluche : M. 2, F. 3. T. 5. — Diphthérie, Croup : M. 17, F. 13, T. 30. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 115, F. 56. T. 171. — Autres tuberculoses : M. 11 F. 13. T. 24. — Tumeurs bénignes: M. 3, F. 7. T. 10.— Tumeurs malignes : M. 26, F. 37. T. 63. — Méningite simple : M. 11, F. 15, T. 26. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 20, F. 29. T. 49. — Paralysie M. 2, F. 4, T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 7. T. 10. — Maladies organiques du cœur : M. 26, F. 37. T. 63. — Bronchite aiguë : M. 8, F. 15 T. 23.— Bronchite chronique : M. 16, F. 14. T. 30.— Broncho-Pneumonie : M. 7, F. 11. T. 28. — Pneumonie : M. 26. F. 35. T. 61. — Gastro-entérite, biberon : M. 36. F. 31. T. 67. — Gastro-entérite, sein : M. 8, F. 3. T. 11 — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 3. T. 5. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1.— Débilité congénitale et vices de conformation : M. 17, F. 9, T. 26. —Sénilité : M. 17, F. 16. T 33. — Suicides : M. 10, F. 5, T. 15.— Autres morts violentes : M. 8. F. 0. T. 8. — Autres causes de mort : M. 79. F. 70. T. 149. — Causes restées inconnues : M. 4, F. 2, T. 6.

Mort-nés et morts avant leur inscription: 75, qui se décomposent ainsi: *Sexe masculin :* légitimes, 26, illégitimes, 16. Total : 42 — *Sexe féminin :* légitimes, 22; illégitimes, 11. Total : 33.

Faculté de médecine. — *Cours libres autorisés pour le 1er semestre de l'année scolaire 1888-89, par le Conseil général des Facultés, le 23 juillet 1888 :*

MM. les docteurs Auvard : *Grossesse. Accouchements. Suites de couches. Pathologie obstétricale. Opérations obstétricales.* Mardi, jeudi et samedi, à 4 heures. Amphithéâtre n° 3, ouverture du cours, mardi 8 janvier. — Berthod : *Accouchements. Dystocie. Opérations.* Lundi et vendredi, à 8 heures. Amphithéâtre n° 2, ouverture du cours, lundi 12 novembre. — Bottey : *Hydrothérapie médicale.* Lundi et vendredi, à 5 heures. Amphithéâtre n° 2, ouverture du cours, lundi 7 janvier. — Bouloumié : *Thérapeutique hydrominérale.* Mardi et samedi, à 5 heures. Amphithéatre n° 2, ouverture du cours, mardi 20 novembre. — Calmettes : *Maladies de l'oreille.* Lundi et vendredi, à 8 heures; Amphithéâtre n° 1, ouverture du cours, vendredi 16 novembre. — Chervin : *Troubles de la parole.* Mercredi, à 5 heures. Amphithéatre n° 2, ouverture du cours, mercredi 28 nov. — Crouzat : *Manœuvres et opérations obstétricales.* Lundi, mercredi et vendredi, à 6 heures. Amphithéâtre n° 3.— Despagnet : *Ophtalmologie pratique. Pathologie du fond de l'œil.* Jeudi et samedi, à 5 heures. Amphithéatre n° 2, ouverture du cours, jeudi 22 novembre. Dubuc : *Pathologie et chirurgie de l'appareil urinaire.* Lundi et mercredi, à 5 heures. Amphithéatre n° 1, ouverture du cours, lundi 19 nov. — Duchastelet : *Opérations qui se pratiquent sur l'appareil génito-urinaire. Anatomie chirurgicale de cet appareil.* Ouverture du cours, 1re semaine de janv. — Durand-Fardel : *Les eaux minérales et les maladies chroniques.* Mardi, jeudi et samedi, à 5 heures. Amphithéatre n° 3, ouverture du cours, samedi 2 février. — Fauconnier : *Chimie biologique.* Samedi, à 3 heures. Amphithéâtre n° 1, ouverture du cours, samedi 10 novembre. — Galezowski : *De l'influence de la syphilis sur les affections oculaires.* Mardi, à 8 heures. Amphithéatre n° 2, ouverture du cours, mardi 13 nov. — Gillet de Grandmond : *Médecine opératoire oculaire. Exercices pratiques.* Lundi et vendredi, à 8 heures. Amphithéâtre n° 3, ouverture du cours, vendredi 16 novembre. — Gorecki : *Maladies des yeux. Cours complet.* Lundi et vendredi, à 6 heures. Amphithéâtre n° 1, ouverture du cours, lundi 17 nov. — Hoaran : *Résections. Exercices.* Mardi et jeudi, à 4 heures. Amphithéâtre n° 1, ouverture du cours, jeudi 15 nov. — Lutaud : *Gynécologie opératoire. Exercices pratiques.* Mardi, jeudi et samedi, à 4 heures. Amphithéatre n° 3, ouverture du cours, mardi 15 janv. — Picart : *Maladies de l'appareil urinaire.* Mardi et samedi, à 5 h. Amphithéâtre n° 1, ouverture du cours, mardi 13 novembre. — Roussel : *Thérapeutique directe par la transfusion, par l'infusion et par l'injection. Exercices pratiques.* Mardi, jeudi et samedi, à 8 h. Amphithéatre n° 3, ouverture du cours, mardi 15 janv. — Tissier ; *Accouchements.* — Tuffier : *Maladies chirurgicales de la tête, de la colonne vertébrale, du cou, et du thorax.* Lundi, mercredi et vendredi, à 5 heures. Amphithéatre n° 3, ouverture du cours, lundi 12 novembre. — Villar : *Pathologie chirurgicale (chirurgie des organes génitaux de la femme).* Lundi et vendredi, à 6 heures. Amphithéatre n° 2, ouverture du cours, lundi 12 novembre.

Faculté de médecine de Paris. *Concours d'agrégation de médecine.* — Le jury du concours d'agrégation de médecine qui s'ouvrira le 15 décembre prochain est composé de MM. Brouardel, Jaccoud, Cornil, Grancher, Dieulafoy (Paris), Tessier (Lyon), Coyne (Bordeaux), Arnould (Lille), Kiener (Montpellier), sauf modifications ultérieures.

Spécialisation des agrégés. — Les agrégés en fonctions ont fait connaître leur choix pour les chaires spécialisées ; il est le suivant: MM. Brun (*ophthalmologie*), Hutinel (*maladies des enfants*), Brissaud (*maladies du système nerveux*) et Ballet (*maladies mentales*). Les chaires de thérapeutique, des maladies syphilitiques et cutanées d'anatomie pathologique seront spécialisées lors du prochain concours d'agrégation. En conséquence, les agrégés de la prochaine promotion devront choisir d'office et suivant l'ordre de nomination entre ces trois chaires et les chaires d'enseignement général.

Nominations. — M. Coudray, docteur en médecine, est maintenu, pour l'année scolaire 1888-1889, dans les fonctions de préparateur du cours de pathologie externe. — Le personnel des travaux pratiques d'histologie, pour l'année scolaire 1888-1889, est composé comme suit : MM. Rémy, chef des travaux; Variot, préparateur; Chatellier, préparateur ; Launois, aide-préparateur ; aides-préparateurs : Girod, Pilliet, Binot, Legrand, Morau.

Faculté des sciences et école de médecine de Besançon.— M. Gaussin, commis d'Académie, délégué dans les fonctions de secrétaire des Facultés des sciences et des lettres et de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie, est nommé secrétaire desdits établissements, en remplacement de M. Boutet, admis à la retraite.

Faculté des sciences de Clermont. — Un congé, pour l'année 1888-1888, est accordé, sur sa demande à M. Julien, professeur de géologie et minéralogie à ladite Faculté.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Carrieu, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Montpellier. — M. Paulet, docteur en médecine, est nommé professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Montpellier.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Brousse est chargé, pendant l'année scolaire 1888-1889, des fonctions de pré-

parateur du laboratoire de clinique médicale, en remplacement de M. Blaise, dont la délégation est expirée.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — M. DE WULF, bachelier ès sciences, est nommé préparateur de minéralogie et de chimie analytique, en remplacement de M. Guinochet, démissionnaire.

ECOLE DENTAIRE. *Distribution des prix.* — Samedi dernier a eu lieu, à l'Ecole dentaire de la rue Rochechouart, la distribution des prix aux élèves. Le nouveau local occupé par l'Ecole, rue de Rochechouart, 57, est fort bien aménagé. La cérémonie a eu lieu dans l'amphithéâtre coquettement décoré : M. Ollendorf, représentait le Ministre du Commerce et présidait, assisté du Dr David, directeur de l'Ecole, Godin, sous-directeur, Berry, représentant le Conseil municipal, ainsi que tous les professeurs de l'Ecole; après une série de discours de MM. David, Ollendorf, Blœman, Berry, etc..., on a procédé à la distribution des récompenses.

ECOLE PRATIQUE DES HAUTES-ÉTUDES (Sorbonne). — M. Edm. SOURY traitera des *fonctions du lobe frontal,* les lundis à quatre heures et demie ; il exposera les *doctrines récentes de David Ferrier et de Horsley,* les vendredis à la même heure.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'AMIENS. — M. LENOEL est maintenu, pour trois ans, dans les fonctions de suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — Un concours devait s'ouvrir le 12 avril 1889, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine de Marseille ; mais, sans qu'on puisse prévoir pourquoi, par arrêté du 7 novembre 1888, est rapporté cet arrêté du 9 octobre 1888, portant qu'un concours devait être ouvert le 12 avril 1889, devant la Faculté de Médecine de Montpellier, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Institut chirurgical de Turin.* Une nouvelle clinique chirurgicale vient d'être inauguré à Turin, à l'hôpital San Giovanni. D'autres instituts sont en construction dans cette ville (physique, chimie, pathologie).

HÔPITAUX DE PARIS. *Concours de l'externat.* — Voici les questions posées, depuis notre dernier numéro, à l'épreuve orale d'anatomie : *Veines du membre supérieur ; — Os maxillaire inférieur ; — Articulation tibio-tarsienne; — Articulation coxofémorale; — Rapports du foie et conformation extérieure ; — Humérus.*

Concours d'Internat. — A la question orale de pathologie, spéciale aux candidats devant faire cette année leur volontariat, on a donné à traiter l'*Entorse.*

ASILE D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. *Concours pour l'internat en pharmacie.* — Le tirage au sort des membres du jury du concours pour l'internat en pharmacie dans les Asiles publics d'aliénés de la Seine, a donné les résultats ci-après : 1° *Pharmaciens des asiles :* juré titulaire, M. Thabuis (Vaucluse); jurés suppleants, MM. Magnin (Ville-Evrard), et Requier (Villejuif). — 2° *Pharmaciens des hôpitaux :* Jurés titulaires, MM. Heret (hospice d'Ivry), Lutz (hôpital Saint-Louis), Bourgoin, directeur de la Pharmacie Centrale; jurés supplémentaires, MM. Guinœhet (Charité), Lafont (Cochin), Samnié-Moret (Enfants-Malades), Vialla (Bicêtre), Leidié (Necker); — 3° *Pharmaciens de la ville :* juré titulaire, M. Yvon (7, rue La Feuillade); jurés supplémentaires, MM. Vigier (12, boulevard Bonne-Nouvelle), Schmidt (24, boulevard du Temple), Champigny (29, rue de Clichy), Desnoy (17, rue Vieille-du-Temple).

CONGRÈS DE L'EXPOSITION DE PARIS EN 1888. — Le ministre du commerce vient de former les comités d'organisation des nouveaux Congrès internationaux qui doivent avoir lieu à Paris pendant l'Exposition universelle de 1889. — *Congrès de pathologie interne :* MM. Ballet, Bergeron, Bouchard, Bucquoy, Cadet de Gassicourt, Chantemesse, Charcot, Chauffard, Comby, Damaschino, Debove, Desnos, du Cazal, Féréol, Guyot, Hérard, Jaccoud, Joffroy, Kelsch, Landouzy, Lereboullet, Letulle, Millard, Moutard-Martin, R. Moutard-Martin, Peter, Potain, Rendu, Siredey, Villemin. — *Congrès d'anthropologie et d'archéologie préhistorique :* Ont été nommés membres MM. Berthelot, Mathias Duval, Hamy, Lagneau, Letourneau, Pozzi, de Quatrefages, Topinard. — *Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie :* MM. Balzer, Ducastel, Gailleton, Hardy, Humbert, Laillier, Leloir, Mauriac, Pozzi et Ricord. — *Congrès de médecine vétérinaire :* MM. Benjamin, Butel, Capon, Chauveau, Delamotte, Houssin, Leblanc, Nocard, Renault, Rossignol, Trasbot et Weber. — *Congrès pour la propagation des exercices physiques dans l'éducation :* MM. Berthelot, Blatin, Brouardel, Buisson, Caillat, Carnot, Chaumeton, Claude-Lafontaine, de Coubertin, Féry d'Esclands, Godart, Gréard, Javal, Kortez, Lagrange, Lavisse, Legouvé, Marey, Morel, Moutard, Picot, Rabier, Rochard, Simon, Troisier, de Villeneuve. — *Congrès de l'Assistance publique :* MM. Daremberg, Bourneville, Chautemps, de Crisenoy, Dreyfus-Brissac, Drouineau, Gaufrès, Gerville-Réache, Jeanson, Le Fort, Le Roy, A.-J. Martin, Maze, Monod, Muteau, Napias, Peyron, Pichon, Regnard, Rochard, Rollet, Roussel, Rousselle, Siegfried, Simon, Paul Strauss, Teissier du Cros, Thulié, Tolain, U. Trélat.

COLLÉGE DE FRANCE. — M. BONASSE, agrégé, des sciences physiques, est nommé préparateur du cours de physique générale et expérimentale, en remplacement de M. Joubin, appelé à d'autres fonctions.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. *Mérite Agricole.* — MM. les Drs Lavenay (de Dosingy) et Comoz (de Rumilly), viennent d'être nommés chevaliers du Mérite agricole.

EPIDÉMIES. — On signale une épidémie de rougeole à Horby (comté de Stafford). Les adultes sont aussi atteints.

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — M. LE CATAT, ancien enseigne de vaisseau, docteur en médecine, est chargé d'une mission d'exploration à Madagascar.

NOMINATIONS. — M. le Dr QUÉNU, vient d'être nommé membre d'une commission, chargée d'étudier les modifications à introduire dans l'uniforme et la composition du trousseau des élèves des lycées.

NOUVEAUX JOURNAUX. — Un nouveau journal va se fonder en Italie; il aura pour titre : l'*Anomalo* ou *Gazzetino anthropologico, psychiatrico e medico legale.* Il sera dirigé par M. le Dr Angelo Zuccaselli, professeur de clinique psychiatrique et de médecine légale à l'Université de Naples. Citons parmi les rédacteurs : Lacassagne (de Lyon), et les collaborateurs, Benedikt (de Vienne). — Nous recevons le 1er numéro de la *Revista medica de la Plata.* Nous souhaitons le meilleur succès à notre nouveau confrère.

NUMÉRO DES ETUDIANTS DE LYON. — Le *Lyon médical* présente pour la première fois à ses lecteurs un *Numéro des Etudiants,* dont l'idée et le plan sont imités, dit notre confrère de Lyon, de la publication semblable que le *Progrès médical* édite depuis longtemps avec succès. Les étudiants de la région lyonnaise y trouveront une foule de renseignements importants. Signalons aussi l'apparition du *Guide de l'Etudiant* à Lyon, publié par l'Association des étudiants de cette ville. L'Association de Paris a l'intention d'éditer un guide analogue. Ces ouvrages ne font pas double emploi, car le *Numéro des Etudiants du Progrès* ne s'adresse exclusivement qu'aux *étudiants en sciences biologiques* (médecine, pharmacie, sciences naturelles et physico-chimiques).

PRIX A DÉCERNER. — M. le Dr Charles MARCEL, à la réunion de la Société médicale de la Suisse romande, organisée à Acchy, a offert un prix de 1,000 francs pour être distribué au meilleur travail sur l'utilisation de l'azote atmosphérique dans l'alimentation. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*).

NÉCROLOGIE. — M. le Dr MERCIER (de Fontenay-le-Comte, Vendée). — M. le Dr BOFDANORSKY, professeur à l'Académie de médecine de Saint-Pétersbourg, qui serait mort en faisant une opération. — Il était atteint, paraît-il, d'anévrysme de l'aorte. — M. le Dr COLLIN, médecin de marine. — M. le Dr BÉNON, médecin de marine.

VACANCE MÉDICALE. — On désire un médecin républicain dans une commune du département du Puy-de-Dôme. — S'adresser aux bureaux du *Progrès médical.*

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VIII. N° 47. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 24 NOVEMBRE 1888.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

Hémorrhagies et syphilis : purpura hémorrhagique et altérations syphilitiques survenant chez des individus variqueux ;

par Aimar RAOULT, interne des hôpitaux.

Dans le courant de l'année 1885, étant dans le service de M. le professeur Fournier, nous avions été frappé par l'aspect anormal que prennent chez certains individus les syphilides secondaires, surtout au niveau des membres inférieurs, cette éruption, revêtant la teinte purpurique ; en outre nous avions remarqué la fréquence des ulcères *syphilitiques* des jambes (car ces ulcères guérissaient bien par le traitement ioduré et mercuriel) chez des sujets variqueux ; ulcères d'un diagnostic difficile, étant donnée la présence des dilatations veineuses, pouvant faire croire à des ulcères variqueux.

La réunion de ces faits nous sembla démontrer une influence de la syphilis sur la production des hémorrhagies. Behrend (1) a relaté différents cas d'accidents hémorrhagiques se présentant chez des enfants atteints de syphilis congénitale. Des accidents semblables ont été décrits chez l'adulte par Barensprung, Kussovitz. La question a été reprise complètement par MM. Hartmann et Pignot (2), qui l'ont exposée sous toutes ses formes. Dans ce travail nous ne nous occuperons que des hémorrhagies cutanées observées dans la syphilis.

Ces hémorrhagies peuvent compliquer les éruptions syphilitiques habituelles (roséole, papules), leur donner un aspect de purpura, ou les syphilides ulcéreuses, ecthymateuses (les épanchements sanguins à la surface de l'ulcération contribuant dans ce cas à épaissir les croûtes) ; enfin, le purpura ordinaire peut coexister avec les éruptions secondaires ou tertiaires qui gardent individuellement leurs caractères ordinaires. L'alcoolisme, l'état variqueux des membres inférieurs, enfin la débilitation, le mauvais état général où se trouvent les malades, semblent être les causes de cette prédisposition particulière qu'ont certains syphilitiques à présenter des hémorrhagies pendant la marche des accidents de leur vérole.

Comme type de *syphilides secondaires purpuriques*, nous citerons l'observation suivante, curieuse encore par la localisation du chancre initial, dont le diagnostic était difficile à établir.

La nommée B., âgée de 30 ans, domestique, entra dans le service de M. le professeur Fournier, le 5 décembre 1885. Cette femme blonde, faible, amaigrie, présentait sur le cou des cicatrices dues à des abcès strumeux, survenus pendant l'enfance. La malade était accouchée il y a 3 ans et demi d'un enfant à terme, qui est actuellement bien portant, et qui n'a jamais eu aucun accident imputable à la syphilis.— A son entrée, la malade nous donnait peu de renseignements sur l'origine de la syphilis dont elle était atteinte, et qui se présentait avec une éruption très nette de syphilides papuleuses, extrêmement confluentes, ne laissant aucun doute sur l'affection. Depuis deux mois, disait-elle, elle était malade. Ses cheveux tombaient, les sourcils devenaient clair-semés. L'éruption était apparue depuis 10 jours, et depuis 8 jours des manifestations de la syphilis s'étaient produites du côté de la bouche, en même temps qu'une céphalalgie intense. Elle avait été se faire soigner dans un autre hôpital, et là on lui avait prescrit des pilules de proto-iodure et un gargarisme au chlorate de potasse.

Recherchant partout le chancre initial, dont devaient certainement subsister des traces (l'éruption papuleuse étant trop récente), nous trouvâmes sur le mamelon du sein gauche une éruption d'aspect eczémateux que nous crûmes d'abord réellement de l'eczéma, la malade étant enceinte, et d'autant plus qu'elle la disait existante depuis six semaines seulement. En examinant de plus près cette plaque formée d'une croûte grisâtre, nous perçûmes à sa base une induration, et dans l'aisselle du même côté, nous constatâmes la présence d'une pléiade ganglionnaire dure, nettement caractérisée. Pressant enfin la malade de questions, elle finit par dire que cette croûte s'est formée sur une ulcération rouge, qui avait débuté trois mois et demi auparavant. Il devint donc clair pour nous que c'était là le chancre initial.

Reprenons l'étude des syphilides que présentait notre malade : sur tout le corps étaient répandues des syphilides papuleuses, rouges, dures, confluentes, présentant çà et là à leur surface des squames légères. Sur les jambes, les syphilides revêtaient l'aspect purpurique, surtout sur la jambe droite, depuis le pied jusqu'à la limite inférieure du mollet. recouvrant la malléole, le cou-de-pied et le bas de la jambe. En ces points, chaque papule est violacée, vineuse ; cette teinte ne disparait pas par la pression. Ces éléments éruptifs sont bien moins durs que ceux du reste de la surface du corps ; ils résistent à peine sous le doigt. Enfin, on observe des varicosités nombreuses sur les membres inférieurs, et la malade nous dit avoir eu des varices très considérables lors de sa dernière grossesse, il y a 3 ans. Il subsiste depuis ce temps une plaque pigmentée, sur laquelle s'étaient groupées de nombreuses syphilides purpuriques, au niveau du tiers inférieur de la jambe, à sa face interne. La malade présentait encore des syphilides palmaires, des syphilides papuleuses et érosives de la vulve, du voile du palais ; enfin un peu de gingivite due à l'absorption d'une dose journalière, exagérée de pilules de protoiodure (2 de 5 centigrammes). La malade amaigrie, anémiée, se sentait très fatiguée, éprouvait une céphalalgie violente et des douleurs dans les épaules.

Voici comment évoluèrent les syphilides purpuriques.

Dix jours après l'entrée, la poussée purpurique avait envahi les syphilides jusqu'au genou. Celles-ci prirent une teinte brune, violacée, à la partie inférieure du membre, tandis qu'à la partie supérieure, la teinte était plutôt : saumon. En examinant ces plaques, on voyait à leur surface un piqueté brunâtre, extrêmement fin,

(1) Behrend. — *Deutsche Zeitschr. zur prakt. Med.*, 1878, 25 et 26.— *Lehrbuch der Hautkrankheiten* 1885. — *Revue trimestrielle de dermatologie et de syphiligraphie.* Vienne, 1884, fascicule 1 et 2.

(2) Hartmann et Pignot. — *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1886. Hémorrhagies et syphilis.

A mesure que cette suffusion hémorrhagique interstitielle se manifeste, les plaques deviennent molles, et semblent remplies de liquide.

A mesure que le purpura se guérit, les éléments deviennent de moins en moins foncés, prennent une teinte *bistre* de bas en haut. Quelques-uns étant en groupes laissent à leur place une surface ecchymotique sans limites. La teinte brune des syphilides se manifeste en haut jusqu'à mi-cuisse, au bout de 15 jours. Lorsque la malade sort le 30 janvier, guérie de son éruption et d'un érysipèle intercurrent, qu'elle a pris dans le service où cette affection régnait, les syphilides ayant eu l'aspect purpurique revêtaient une teinte *chamois*. Ce cas rentre bien dans ceux décrits par Hartmann et Pignot, sous le nom de purpura syphilitique. Ici le purpura reconnaît pour cause l'état de débilitation dans lequel se trouvait la malade et la présence de varices sur ses membres inférieurs, celles-ci s'étant manifestées surtout dans sa première grossesse.

Une autre catégorie de faits curieux renferme les ulcères syphilitiques tertiaires sur des membres variqueux. Ces ulcérations sont caractérisées par leur reproduction fréquente sur les mêmes points, leurs récidives nombreuses. Un cas très manifeste est le suivant.

La nommée T... Marguerite, entra en 1877 dans le service de M. Fournier pour des lésions semblables à celles que nous observions en 1885, et le cahier des diagnostics portait : *Varicosités des jambes, syphilides papuleuses se confondant avec ces varicosités.* Cette malade rentre en juillet 1885 dans le service de M. Fournier, présentant une ulcération située sur la jambe gauche, au-dessus et en arrière de la maléole interne ; ulcération à bords circinés, coupés à pic, à fond grisâtre, à pourtour induré épais et rouge. La malade présentait des varices considérables sur cette jambe ainsi que sur la cuisse du même côté, tandis que sur le membre inférieur droit ces dilatations véneuses étaient moins marquées. Au bout de 3 semaines de traitement par l'iodure de potassium à l'intérieur et le pansement avec l'emplâtre de Vigo, la lésion était presque entièrement cicatrisée.

Nous citerons une autre observation d'un fait semblable.

Le nommé P... Charles, âgé de 48 ans, ayant eu un chancre infectant 10 ans auparavant, entre dans le service de M. Fournier au mois de février 1885. Ce malade depuis 5 à 6 ans est affecté d'ulcérations se manifestant à la face antérieure de la jambe gauche, se guérissant lorsqu'il se soigne, pour revenir au bout de quelque temps. A son entrée cet individu présente une plaque rouge vineux, lisse, dure, résistante au toucher, sur laquelle sont trois ulcérations arrondies, à bords déchiquetés, à fond grisâtre atone. Le pied est œdématié, douloureux ; et la jambe gauche présente des varices énormes. Outre cette cause d'excitation à la production des ulcérations syphilitiques, le malade est alcoolique. — Au bout de 6 jours de traitement semblable à celui imposé à la précédente malade, la plaque bourgeonnait bien et était réduite de moitié.

Dans la première de nos observations, nous voyons un cas très net de purpura syphilitique ; dans les deux dernières, ressort l'excitation à l'ulcération spécifique qu'apporte l'état variqueux des téguments chez les syphilitiques. D'une part, la nature syphilitique des ulcérations dans ces deux dernières est indéniable, en raison de la guérison rapide obtenue par le traitement rationnel; d'autre part, il faut attribuer à l'état variqueux une influence réelle sur la marche des lésions, leurs récidives au même point et leur rapport spécial. Il est donc bon de rechercher l'état des vaisseaux dans les cas de syphilides des membres inférieurs, et d'instituer un traitement s'adressant et aux varices et à la lésion spécifique.

PATHOLOGIE NERVEUSE

Monoplégie hystéro-traumatique guérie par une seule séance de suggestion ;

par M. JOURNÉE, médecin-major du 101[e] de ligne.

Les paralysies étendues survenant après des traumatismes légers ont, depuis quelques années surtout, attiré l'attention des médecins et des chirurgiens. M. Charcot a interprété ces observations et a fait jouer à la grande névrose qu'il a si magistralement étudiée le rôle principal, en démontrant que, dans la plupart des faits observés, on en retrouvait les stigmates chez les patients et que les accidents pouvaient être artificiellement reproduits pendant l'hypnose. L'observation suivante vient confirmer cette théorie.

SOMMAIRE. — *Paralysie brachiale traumatique chez un homme de vingt ans, suite d'un coup de fleuret. Stigmates hystériques. Guérison par suggestion pendant le sommeil hypnotique.*

A...., caporal, se présente à la visite le 29 avril. — C'est un homme fort et vigoureux, âgé de 20 ans, de bonne constitution, à 8 ans ; il a eu des accidents convulsifs d'une nature indéterminée et sur lesquels il ne peut donner de renseignements. Les attaques revenaient, dit-il, par accès d'une violence telle qu'on était obligé de le camisoler ; elles ont duré huit jours environ. Ses parents sont bien portants, et il ne connait pas d'antécédents nerveux dans sa famille. Le sommeil est bon, rêves fréquents sans caractère déterminé, ni cauchemars : pas d'hallucinations d'animaux : parle en rêvant. Pas de syphilis, ni d'éthylisme, ni d'arthritisme. Intelligence au-dessus de la moyenne, a fait des études avec un certain succès. Il a été autrefois hypnotisé par son père.

Il y a 15 jours, en prenant une leçon d'armes, il est atteint à la région supérieure du pli du coude droit. Le coup de bouton, arrivant dans une parade, détermine une légère égratignure avec épanchement sanguin ; il ne se produit au reste que peu de douleur. Huit jours après, il ressent dans le bras un engourdissement qui s'accompagne de fourmillements dans la main et détermine un peu d'impotence fonctionnelle. Les fourmillements s'accentuent les jours suivants, et en même temps, apparait une douleur modérée, ayant pour point de départ le siège de la lésion. L'impotence du membre augmente progressivement.

Enfin le malade se présente à la consultation. On constate alors les phénomènes suivants : au point indiqué, existe un ecchymose comme celles que produisent les coups de bouton ; le centre est un peu éraillé, le pourtour est rouge et semble présenter un léger degré d'inflammation. A la palpation locale, douleur minime, pas de gonflement, ni des parties molles ni de l'articulation sous jacente dont les mouvements imprimés sont intacts, quoique un peu douloureux. Le bras est pendant et, par son poids, abaisse l'épaule. Il n'est pas entièrement flasque, mais présente plutôt un certain degré de contracture portant sur toute la masse musculaire et ne se systématisant pas dans un groupe de muscles en particulier. L'avant bras est un peu fléchi sur le bras et, aux mouvements provoqués, donne la sensation de la *flexibilitas cerea*. Les mouvements volontaires, très limités, la pression sur les muscles et les mouvements imprimés sont douloureux. La main est à demi fermée et ne s'ouvre que lentement

avec peine et douleur. La contractilité musculaire est fortement diminuée du côté droit, tandis que la main gauche, serre avec vigueur et énergie. Le sens musculaire est conservé. Pas d'atrophie. Le membre est complètement anesthésié, aussi bien à la surface que dans la profondeur : l'anesthésie affecte la forme en *gigot*, décrite par M. Charcot.

Cette forme particulière d'anesthésie, le peu de rapport existant entre la lésion primitive et les phénomènes actuels, la distribution de la paralysie, font penser à une manifestation hystérique et les stigmates sont recherchés. Voici les résultats de cet examen. Pas de polyapie monoculaire, pas d'ochnomatopie, pas de rétrécissement appréciable du champ visuel. *Anesthésie pharyngée.* Pas d'anesthésie, pas de troubles sensitivo-sensoriels, pas de boule, ni d'hypéresthésie testiculaire, pas de zônes hystérogènes. Jamais d'attaques nerveuses, ni de maux de tête, ni d'irrégularités de caractère. Malgré les résultats négatifs, sauf sur un point, de cet examen, le diagnostic porté est : *Paralysie hystéro-traumatique du bras droit, incomplète avec légère contracture.*

Prescription : Cataplasmes phéniqués, *loco dolenti* et repos. Si le lendemain, la paralysie n'a pas cessé, j'avertis le malade que je la ferai disparaître par suggestion.

Le jour suivant, comme c'était à prévoir, la paralysie s'est accentuée, les autres symptômes restant les mêmes. En venant à la visite, le malade rencontre un officier et il lui est impossible de faire le salut militaire.

Hypnotisation : Sommeil rapidement obtenu par fixation du regard : catalepsie, puis somnambulisme ; suggestion de sensibilité, de contractilité et d'analgésie. Le sommeil est maintenu pendant vingt minutes. Au réveil les diverses suggestions sont réalisées : le salut militaire se fait très correctement.

Le lendemain après une journée et une nuit très bonnes, la guérison s'est maintenue. Néanmoins pour la confirmer, je fais une nouvelle suggestion pendant le sommeil, en affirmant que pareil accident ne se reproduira plus jamais à l'avenir.

A.... reprend son service ; il est devenu sergent et ne présente à l'heure actuelle plus trace de son affection.

RÉFLEXIONS. — Cette observation m'a paru intéressante : elle montre une fois de plus que l'hystérie peut exister chez l'homme à l'état virtuel et ne se manifester que par des stigmates très peu apparents, qu'il faut rechercher avec soin : dans l'espèce, il n'existait que l'anesthésie pharyngée, sans antécédents familiaux et une attaque convulsive dans la jeunesse.

D'autre part, la rapidité avec laquelle la paralysie a été guérie par simple suggestion, outre qu'elle justifie le diagnostic *naturam morborum curationes ostendunt* montre combien il est important, dans des cas analogues, de porter le diagnostic et d'agir vite : l'école de la Salpêtrière enseigne, en effet, que ces affections deviennent habituellement très rebelles si elles ont le temps de s'établir définitivement et si on les laisse persister seulement quelques jours.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — THÈSES. — Le mercredi 21 octobre, à 10 heures du matin, M. LEIDIÉ, pharmacien à l'hôpital Necker, maître de conférences à l'École supérieure de pharmacie, a soutenu devant la Faculté des sciences de Paris ses thèses pour le *doctorat ès sciences physiques*. Les sujets étaient les suivants : 1re thèse : *Recherches sur quelques combinaisons du rhodium*. — 2e Thèse : Propositions données par la Faculté : *Analyse spectrale*. — M. Leidié a été déclaré digne du grade de docteur ès sciences physiques.

UNIVERSITÉ DE LAUSANNE. — Le grand Conseil du canton de Vaud a récemment décrété la création d'une Université à Lausanne, puissamment aidé dans cette circonstance par la générosité d'un citoyen opulent, M. Rumine, qui a légué à l'État de Vaud une somme d'environ 1.000.000, en spécifiant qu'elle serait intégralement employée pour le développement des hautes études.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le service militaire des étudiants en médecine en Autriche et en Allemagne.

Voulez-vous que nous commencions par l'Autriche ? Aussi bien, cette armée autrichienne, pour ne pas avoir l'apparence de raideur, de solidité et d'impassibilité de l'armée allemande, possède des qualités de souplesse, d'élégance et d'entrain, qu'un Français prend plaisir à observer : à la coquetterie du costume près, on croirait en effet voir là bas nos pioupious et nos chasseurs, tant il y a de naturel dans l'allure, tant il y a de vive crânerie dans la démarche. Certes, les uniformes sont plus jolis, plus brillants, plus dorés que les nôtres : mais il y a, sous ces uniformes, la même conception de la vie militaire que chez nous. L'organisation de l'armée est d'ailleurs à peu près semblable à la nôtre, à peu près semblable hélas ! à celle de toutes les nations européennes qui se préparent à la grande boucherie dont chacun attend maintenant l'ouverture. Le citoyen autrichien se trouve donc soumis pendant vingt ans aux exigences militaires : de ces vingt ans, il en passe trois dans l'armée active et sept dans la réserve. Vous savez déjà qu'il y a, comme sauvegarde des intérêts scientifiques, commerciaux et industriels, cette fameuse institution du volontariat d'un an, si impopulaire et si décriée chez nous où elle a, il est vrai, été appliquée jusqu'ici d'une façon peut-être plus aristocratique que dans les pays monarchiques.

Un engagé volontaire en Autriche ne risque pas d'être, comme le volontaire français, traité par ses camarades du titre méprisant de « quinze cents francs ». La raison, c'est qu'il ne verse aucune somme à l'Etat, c'est que le plus pauvre Autrichien peut en être quitte au bout d'un an avec le service militaire actif. Il lui suffit d'avoir passé un certain nombre d'années dans un Gymnasium (lycée), dans une Realschule, dans une académie de commerce ou d'agriculture, etc., et d'y avoir acquis un certificat de maturité correspondant à notre baccalauréat. Moyennant ce simple diplôme, le jeune Autrichien est autorisé, sur sa demande, à accomplir son volontariat d'un an : mais l'Etat ne lui fournit rien, ni uniforme, ni logement, ni nourriture ; le volontaire s'équipe, se loge et se nourrit à ses propres frais, à moins que, sur la présentation d'un certificat d'indigence, l'État ne lui accorde le costume, le lit et la gamelle des simples soldats. Aussi, ordinairement, le volontaire d'un an porte-t-il un uniforme élégant, habite-t-il en ville dans sa famille ou dans une chambre meublée et prend-t-il ses repas à la pension d'un honnête bourgeois. Il ne saurait être question de corvées plus ou moins pénibles : le volontaire n'a d'ailleurs que très peu de rapports avec les simples soldats et il lui est défendu de traiter ceux-ci en camarades ou en amis. Comme il est destiné à devenir officier de réserve, il ne doit pas être exposé un jour aux familiarités de ses anciens compagnons de manœuvres et d'exercices.

Les étudiants en médecine, qui accomplissent leur année de service militaire, bénéficient naturellement de tous ces avantages. Ils peuvent faire leur volontariat de 18 à 27 ans et ils trouvent une situation différente suivant le moment où ils passent sous les drapeaux. Veulent-ils en finir au sortir du Gymnasium ou dans les trois premières années de leurs études médicales ; ils sont alors envoyés dans les corps de troupe comme fantassins, comme artilleurs, comme dragons, etc... : leur position est identique à celle des autres volontaires

et ils n'ont absolument rien de commun avec le service médical. Ont-ils, au contraire, plus de trois années (d'études et c'est le cas le plus général), ils passent leur année comme élèves médecins dans les hôpitaux militaires. Enfin, possèdent-ils déjà le titre de docteur au moment où ils accomplissent leur volontariat, ils font leur service à titre d'officier, comme médecins assistants (aide-majors), également dans un hôpital de l'armée.

La plupart des étudiants en médecine s'acquittent de leur service militaire dans leur quatrième année d'études à titre de médecins élèves. Leur année de volontariat va du 1er octobre au 30 septembre. Ils entrent à l'hôpital sans aucun grade et ils doivent le salut à tous les sous-officiers : mais ils ont une épée et ils portent un uniforme particulier en drap bleu ; en somme, à part les étoiles qui sont le signe du grade, ils ressemblent comme costume aux médecins militaires. Au mois d'avril, ils reçoivent les étoiles des sous-officiers et ils ne doivent dès lors plus le salut à ces derniers. Pendant les deux premiers mois de leur séjour à l'hôpital, les volontaires médecins font, dans l'après-midi, quelques exercices militaires à pied et sans armes : ils suivent en outre un cours sur le service intérieur ; puis, au bout des deux mois, ils subissent un petit examen militaire et ils en ont alors fini avec l'école du soldat. Désormais, ils n'ont plus à s'occuper que de service médical et ils suivent, à cet effet, au printemps quelques leçons données par les médecins militaires sur l'hygiène, l'administration et l'organisation de l'armée, sur la chirurgie de guerre et sur la pharmacopée spéciale : ils sont en outre exercés aux manœuvres des brancards et des voitures d'ambulance. En été, ils sont envoyés pendant quatre semaines dans des régiments ; ils accompagnent le médecin dans ses visites à l'infirmerie et ils sont chargés des pansements usuels. A l'hôpital militaire, les volontaires médecins sont répartis entre les différents services : ils assistent aux visites, recueillent les observations, distribuent les médicaments, rédigent la feuille journalière de l'alimentation et font quelques pansements : chacun d'eux, à tour de rôle, doit un service de garde de vingt-quatre heures à l'hôpital.

Mais tout cela n'exige pas beaucoup de temps. Aussi l'étudiant en médecine peut-il, pendant son volontariat, consacrer de nombreuses heures à ses études : aussi le rencontre-t-on partout dans les amphithéâtres, dans les cliniques, dans les laboratoires, toujours embarrassé de son épée qu'il ne sait où entreposer : aussi le voit-on souvent dans les promenades, dans les brasseries et dans tous les lieux de divertissement, libre qu'il est de prendre ses repas et son logement où bon lui semble. Il mène en somme une vie fort agréable et il ne connait pas grand'chose de ce que nous appelons les servitudes militaires ; pas de gamelle, pas de chambrée commune, pas de corvées, rien, en un mot, de ce qui fait qu'on se sent vraiment soldat. Je m'étonnais un jour, avec une démocratique indignation, de tous ces privilèges accordés aux volontaires d'un an : je racontais les multiples occupations de l'engagé conditionnel français (de celui de mon temps du moins), qui balaye les cours, lave les escaliers, nettoie les lieux d'aisance et épluche les pommes de terre : je vantais l'esprit d'égalité qui chez nous règne, à la caserne ou à l'hôpital, entre tous les soldats sans aucune distinction. « Que croyez-vous, me dit mon « interlocuteur, qui choque le plus le principe d'égalité, ou de débourser quinze cents francs, comme « chez vous, ou d'etre dispensé du nettoyage des lieux « d'aisances, comme chez nous ? » Mon indignation démocratique ne trouva rien à répondre.

J'ai dit déjà que, s'il est docteur au moment où il accomplit son volontariat, le médecin fait son service comme officier, comme Secondarzt dans les hôpitaux. Il suit le matin la visite du médecin-chef : il est chargé dans l'après-midi de la contre-visite et il a, à son tour, une garde à monter. En réalité, il est assimilé au médecin militaire de l'armée et il touche à peu près le traitement correspondant à son grade.

Et maintenant quelques mots à propos du service militaire des étudiants en médecine en Allemagne. Du reste, ce que j'ai rapporté au sujet de l'Autriche à propos de la situation générale des volontaires s'applique encore ici : par conséquent, pas de quinze cents francs; tout jeune homme qui a son certificat de maturité peut devenir volontaire. L'Etat ne lui fournit d'ailleurs rien et, sauf en cas d'indigence constatée, c'est à lui à s'équiper et à se nourrir. Pour les étudiants en médecine, l'année de volontariat est coupée en deux moitiés : les volontaires médecins, font six mois au commencement de leurs études et six mois à la fin, alors qu'ils possèdent leur diplôme d'approbation. La première moitié s'accomplit dans un régiment : le futur médecin est alors un véritable militaire, fantassin, artilleur ou dragon ; il fait ces six mois-là habituellement pendant le premier semestre de son inscription à l'Université. L'administration militaire se prête avec la meilleure grâce aux exigences scolaires : ainsi, par exemple, elle a établi des garnisons dans les plus petites villes universitaires, de façon que les étudiants puissent y accomplir leur volontariat sans être trop détournés de leurs études. On ne saurait être plus bienveillant.

Quand il a terminé ces six premiers mois de service militaire, l'étudiant en médecine abandonne son uniforme et rendre définitivement à l'Université. Il n'a plus alors à s'occuper des choses de l'armée avant la fin de ses examens : mais, dès qu'il a obtenu son diplôme, il est repris pour six autres mois par le service militaire et il complète de cette manière son année de volontariat. Pendant cette seconde phase, le volontaire médecin n'a affaire qu'avec des occupations médicales ; il possède un grade intermédiaire à ceux d'officier et de sous-officier, un grade équivalent à peu près à celui de nos médecins auxiliaires. Il jouit du reste d'une grande somme de liberté : son service qui se passe soit au régiment, soit dans les hôpitaux militaires, lui laisse de nombreuses heures de loisir et lui permet de perfectionner son éducation médicale jusqu'au moment de la libération.

Le système allemand est aujourd'hui très admiré en Autriche : il est probable qu'avant peu, il sera adopté dans l'armée autrichienne. C'est qu'il est en réalité très pratique et qu'il possède les deux qualités que recherche depuis longtemps chez nous l'administration du service de santé militaire. Mais, ce qui fait l'excellence du système, c'est que ces deux qualités ne se développent pas en même temps : quand l'étudiant est soldat, il est vraiment soldat (première partie du volontariat) ; quand il est médecin, il est vraiment médecin (deuxième partie) et il possède un grade en rapport avec sa fonction.

Nous avons en France un système mixte qui a évidemment ses avantages et auquel nous avons du reste déjà rendu hommage dans ce journal (1) : mais le dé-

(1) V. n *Progrès medical*, 14 janvier 1888.

faut de ce système, c'est que l'étudiant en médecine n'est jamais vraiment soldat ni jamais vraiment médecin, c'est qu'il ne possède pas le grade nécessaire à sa fonction et qu'il se trouve par conséquent toujours au dessous d'elle. Le difficile est précisément de faire la part de ces diverses exigences : et c'est pour éviter cette mixture délicate que l'Allemagne a organisé cette scission absolue entre ce qui doit être militaire et ce qui doit être médical dans l'existence de l'étudiant en médecine volontaire d'un an. Paul Loye.

Cours de Clinique des maladies syphilitiques et cutanées : M. le Pr Fournier.

M. le professeur Fournier a repris, le vendredi 16 novembre, ses leçons sur les maladies vénériennes et cutanées. Comme tous les ans, on constate aux leçons du sympathique professeur une affluence considérable de médecins venant puiser à l'hôpital Saint-Louis des connaissances qu'ils n'ont pu acquérir qu'incomplètement pendant le cours de leurs études. La syphilis est en effet une maladie fréquente qui embarrasse même et surtout les gens expérimentés, tant le diagnostic de certaines de ses manifestations est délicat. Le sujet qu'a choisi M. Fournier en est une preuve : *des difficultés imprévues dans le diagnostic du chancre syphilitique*. L'induration, qui est un des principaux caractères du chancre syphilitique, ne doit pas toujours être attribuée à la nature même de l'ulcération. Une plaie peut prendre le caractère induré à la suite de cautérisations intempestives faites par le pharmacien qui emploie souvent l'acide nitrique, le nitrate acide de mercure, pour *cautériser la plaie*. Le médecin lui-même en faisant une cautérisation avec le nitrate d'argent, le sublimé, l'acide phénique, l'alun, le tannin ou l'alcool, ne donne-t-il pas à l'ulcération du chancre mou une induration qui peut tromper les gens les plus autorisés? Et les malades eux-mêmes, dès qu'ils aperçoivent une plaie sur la verge, ne se donnent-ils pas une induration artificielle par l'emploi de topiques de fantaisie, topiques dont ils font usage sur le conseil d'un ami ou d'une commère. Ils se gardent bien de parler au médecin de ces cautérisations qui sont faites avec le vinaigre de Bully, de l'eau de Lubin, de l'eau de la Reine des fées etc., dans certains milieux élevés, ou avec de l'eau blanche, de l'alcool camphré, du vinaigre ordinaire, du sulfate de cuivre et de l'alun dans des milieux moins élégants ; ou encore avec de la cendre de pipe, comme le font les troupiers, ou même avec de l'urine qui pour beaucoup de gens est regardée comme le remède souverain contre les plaies et les chancres en particulier. Aussi avant de conclure au diagnostic du chancre induré faut-il savoir si la plaie a été cautérisée ou touchée avec un topique quelconque. Outre l'induration artificielle des plaies, il est une autre induration sur laquelle il est nécessaire d'appeler l'attention. La lymphangite de la blennorrhagie revêt quelquefois la *forme nodulaire*. Il se produit alors sur le trajet des lymphatiques de véritables tumeurs en forme de pois ou d'olive, de consistance dure et rénitente, siégeant sur le prépuce ou le fourreau ou encore dans la rainure glando-préputiale. Cette lymphangite nodulaire devient une cause d'erreur alors qu'elle est larvée, c'est-à-dire masquée par un phimosis. On sent alors au niveau de la rainure préputiale une tumeur dure sous la peau du prépuce. Aussi quand un malade se présente au médecin avec une chaude-pisse, un phimosis et une tumeur dure à l'endroit indiqué plus haut, faut-il penser à une lymphangite nodulaire et au chancre induré. Si on trouve dans l'aine ou dans les deux aines une série de ganglions et que ceux-ci soient multiples, durs et indolents, on sera en droit de conclure à la syphilis; mais, s'il n'existe qu'un ou deux ganglions, s'ils ne sont pas durs, s'ils sont phlegmoneux ou douloureux, le diagnostic devra rester en suspens sur les 7/8 des cas, à condition qu'on connaisse ces lymphangites nodulaires. Si on ignore cette dernière affection, on diagnostiquera le chancre induré et on commencera un traitement syphilitique comme cela est arrivé à bien des médecins et même à des gens experts dans la chose. M. Fournier avoue même que cela lui est arrivé à deux reprises différentes. Les lymphangites nodulaires, c'est la blennorrhagie sans résolution. Dans la grande majorité des cas, elles se résorbent; cependant elles peuvent quelquefois s'ulcérer et faire croire alors à un chancre induré. Dans ce cas, il est superflu de faire ici le diagnostic du chancre et des lésions nodulaires, attendu que c'est la marche seule de la maladie qui fournit les renseignements. Il ne faut donc jamais faire le diagnostic du chancre induré par les seuls signes objectifs, car en se fiant à cette seule objectivité on commettrait des erreurs. Il existe encore certaines analogies objectives entre certaines lésions de la gale et le chancre syphilitique. L'ecthyma scabieux est fait pour donner le change et laisser croire à des chancres syphilitiques qui n'existent pas. En effet, l'ecthyma scabieux peut le simuler soit sous forme croûteuse (il simule alors le chancre ecthymateux ou crouteux), soit sous forme érosive ou ulcérative (il fait penser alors au chancre ordinaire). A ce propos, M. Fournier cite le cas d'un malade qui était atteint de trois lésions d'ecthyma galeux et d'un chancre induré sur la verge. L'ecthyma scabieux a souvent une base parcheminée; de plus, la gale retentit fréquemment sur les ganglions de l'aine ; de sorte que l'erreur est inévitable en un certain nombre de cas, et l'on prend alors la lésion galeuse pour un chancre induré. D'autres fois, on laisse passer inaperçu le chancre au milieu de l'ecthyma scabieux et au bout de six semaines apparait la roséole. Peut-on éviter cette erreur ? Il n'y a qu'un seul moyen qui permette de le faire : l'expectation. Car dès qu'on aura eu recours à la frotte, l'ecthyma scabieux se cicatrise, tandis que dans les cas de syphilis le chancre continuera à s'ulcérer, et bientôt l'explosion secondaire se produira. De tout ce qui précède, il faut conclure que le cadre où l'on renferme généralement le chancre syphilitique est trop restreint ; il faut l'élargir, car il est d'autres affections que l'herpès qui peuvent prendre l'aspect du chancre induré ; il est des lésions des plus vulgaires, telles que la blennorrhagie et la gale qui peuvent prendre l'habitus du chancre et il faut compter avec elles. — M. Fournier continuera ses leçons le vendredi, à l'amphithéâtre et le mardi au lit du malade.

Conférences de Médecine légale : M. Brouardel

Par suite d'une erreur d'affichage, la première conférence à la Morgue n'a eu lieu que mercredi dernier 21 novembre à 2 heures. Comme les années précédentes, M. le professeur Brouardel a invité ses auditeurs à garder le secret sur les résultats des autopsies judiciaires dont ils sont les témoins : depuis dix ans que le Parquet a autorisé la présence des étudiants à ces autopsies, il n'y a pas eu la moindre plainte au sujet de la violation de ce secret.

Les autopsies, faites dans cette première conférence, ont porté, l'une sur un nouveau-né, l'autre sur un fœtus : à propos du premier, il y avait présomption d'infanticide : à propos du second, présomption d'avortement. M. Brouardel, revenant sur une thèse qui lui est chère, a montré comment la malheureuse, qui veut cacher le résultat de sa faute, s'y prend pour rendre impossible les cris du nouveau-né : il s'agit bien plutôt pour elle d'empêcher les va-

gissements révélateurs que de supprimer une bouche à nourrir. Aussi est-ce par suffocation que les filles-mères se débarrassent le plus habituellement de leur enfant; mais, en appliquant leurs mains tremblantes de fatigue et d'émotion sur les voies respiratoires du nouveau-né, elles laissent des traces d'ongles sur les lèvres et sur le cou et elles fournissent ainsi des preuves de leur crime. Après avoir recherché ces traces unguéales, M. Brouardel a ouvert le corps de l'enfant et examiné les organes internes : chemin faisant, il a montré combien les ecchymoses sous-pleurales, regardées comme pathognomoniques de la suffocation par Tardieu, pouvaient induire les médecins légistes en erreur. — Pendant la seconde autopsie, M. Brouardel a indiqué les moyens dont se servent aujourd'hui les matrones pour pratiquer l'avortement criminel.

D'année en année, cet enseignement de la Morgue devient de plus en plus pratique ; il y aurait donc grande négligence de la part des étudiants à ne pas le suivre d'une façon assidue avant de terminer leurs études. Cet enseignement leur est du reste donné sous la forme la plus simple et la plus aimable.

Cours d'histoire de la médecine : M. le Pr Laboulbène.

Jeudi 15 novembre à 4 heures, M. le Professeur Laboulbène rouvrait son cours d'histoire de la médecine, dans le petit Amphithéâtre, en présence de son habituel auditoire de fidèles. Il a su rajeunir son début, forcément un peu toujours semblable, par l'éloge de M. Pasteur et du Congrès dernier de la Tuberculose; puis il a esquissé l'histoire du progrès, de l'apogée et de la décadence de l'ancienne Académie de Chirurgie, esquissant à grands traits l'histoire de la lutte des chirurgiens et chirurgiennes de Paris, puis celles des médecins, leurs supérieurs, et les barbiers leurs rivaux, travaillant pour l'émancipation. Le professeur, dont l'exposition et la méthode sont trop connues pour que nous y revenions, a retrouvé ses applaudissements accoutumés, malgré l'impatience d'assez mauvais goût des élèves arrivés en avance pour le cours suivant.

Cours libre de clinique mentale (*Asile Ste-Anne*) : M. le Dr Magnan.

Dimanche dernier, 18 novembre, M. Magnan a repris, à l'Asile Sainte Anne, ses conférences qui auront pour objet l'étude comparative du délire chronique à évolution systématique et des délires systématisés chez les dégénérés. Prenons par exemple, dit-il, trois persécutés ayant des hallucinations, des troubles de la sensibilité générale et des idées de persécution. Le premier prétend qu'on l'insulte, on lui envoie des jets de vitriol. Le second entend de graves injures partout où il va, on lui lance du fluide pour le pousser à la débauche. Le troisième est appelé cochon, on lui donne des chaleurs à l'estomac, on lui met des poudres blanches dans ses aliments, on l'accuse de vol, etc. Ces trois malades, si on les compare à une certaine période de leur évolution morbide, offrent sans doute à ce moment des analogies qui les rapprochent; mais, dès que l'on pousse plus loin l'investigation, qu'on recherche les antécédents et la marche des accidents, on remarque entre eux les plus grandes différences et l'on voit qu'il s'agit de trois aliénés affectés de maladies absolument différentes. Le premier est malade depuis un grand nombre d'années et n'est devenu halluciné qu'après deux ans d'interprétations délirantes : c'est un délirant chronique. Le second est un dégénéré héréditaire ayant déjà présenté deux accès délirants hypochondriaque et mystique qui, aujourd'hui, est un halluciné persécuté. Le troisième, bien portant jusqu'à 30 ans, se soumet alors à une mauvaise hygiène qui, au bout de quelques années, développe chez lui une prédisposition maladive avec laquelle un nouvel appoint alcoolique suffit à faire naître le délire. Ces exemples montrent qu'il est bon d'étudier le délire, sa forme et sa marche et qu'il faut surtout connaître le terrain sur lequel il s'installe, le diagnostic et le pronostic en dépendent. M. Magnan rappelle alors en quelques mots sa classification et passe rapidement à l'étude de l'état mental des dégénérés. Partant de l'idiot purement végétatif, réduit à ses instincts primitifs, il montre que l'acquisition des lobes antérieurs le fait passer au rang d'imbécile; celui-ci, lorsqu'une faculté se développe, peut devenir à son tour ce que Félix Voisin appelait un « génie partiel » et Mierzejewski un « idiot savant ». Cette désharmonie s'accentue, se complique à mesure qu'on remonte l'échelle des dégénérés et explique ainsi la désharmonie des facultés mentales et le défaut d'équilibre du moral et du caractère que l'on remarque même chez les plus élevés. Un des côtés les plus saillants de l'activité psychique des dégénérés, est certainement celui qui donne lieu à ces états syndromiques dont M. Magnan indique rapidement les nombreuses variétés et dont il rappelle les caractères principaux. Le professeur termine sa leçon en présentant, comme démonstration clinique, deux malades chez lesquels on trouve réunis plusieurs syndromes, à savoir : la folie du doute, l'obsession du mot et du nom, la kleptomanie, la crainte du toucher, des rires automatiques, etc. Ces considérations générales permettront de faire mieux comprendre les caractères habituels des délires systématisés dont il va s'occuper.

Conférences de physiologie : M. Reynier.

M. Reynier, agrégé de physiologie, a ouvert le mercredi 14, à 5 heures, sa conférence dans le petit Amphithéâtre. Il a débuté par la *physiologie générale* de la reproduction, qu'il a esquissée très-brillamment, en érudit et en professeur soucieux de faire comprendre les grandes lignes du sujet à son jeune auditoire. Les théories anciennes de la génération spontanée, dont Virgile s'est fait l'écho, la théorie de l'emboîtement des germes de Bonnet, celle de l'épigénèse formulée d'abord par Caspard Wolff, ont permis au professeur de montrer l'importance actuelle de l'embryologie, dont il a fait un rapide aperçu historique. Les faits de zoologie pure servant à étayer l'exposé doctrinal ne sont pas negligés par M. Reynier ; d'autre part, il se rallie franchement à la théorie darwinienne qui a, dans la personne du savant professeur d'histologie, un représentant si autorisé à la Faculté de médecine. C'est donc un cours très étudié, où les vues larges seront constamment recherchées, que ce début promet aux élèves de M. Reynier. La voix du jeune professeur porte aisément dans tous les points de l'Amphithéâtre ; mais, mercredi dernier, il parlait d'une façon fort saccadée et si vite qu'il a terminé son programme un peu avant l'heure réglementaire.

Conférences de pathologie externe : M. Schwartz.

La conférence de *Pathologie externe* de M. Schwartz s'est ouverte le jeudi 15 novembre, à trois heures de

l'après-midi dans le petit Amphithéâtre. Il y sera cette année traité d'abord des lésions du système osseux et le professeur a immédiatement abordé son sujet par l'étude des traumas des os; contusions, piqûres. etc. M. Schwartz parle clairement, avec facilité, et insiste à chaque instant, sur les déductions pratiques et opératoires. C'est donc essentiellement un cours utile et d'application.

Cours sur l'Evolution des Etres organisés (*Fondation de la ville de Paris*) : M. le Pr Giard.

On sait que, sur la proposition de M. Léon Donnat, conseiller municipal. la ville de Paris a voté récemment les fonds nécessaires à la création en Sorbonne d'une chaire où devait être enseignée l'Evolution des Etres organisés, et que la Faculté des sciences de Paris proposa comme professeur M. Giard, maître de conférences à l'École normale supérieure, ancien professeur de zoologie à la Faculté des sciences et à la Faculté de médecine de Lille. Le ministre de l'Instruction ayant ratifié ce choix, M. Giard, dont nous n'avons pas ici à faire ressortir la valeur et les travaux bien connus de tous ceux qui s'intéressent aux choses de la biologie, a ouvert jeudi dernier à la Sorbonne, à 3 h. 1/2, dans l'amphithéâtre d'Histoire naturelle, beaucoup trop petit et surchauffé, le cours qu'il continuera cette année tous les jeudis à la même heure.

Nous regrettons bien vivement aujourd'hui, nous autres qui avons pu approcher d'assez près l'éminent et sympathique savant auquel la ville de Paris rend aujourd'hui hommage, de ne pouvoir dire bien haut toute notre pensée; mais nous ne pouvons vraiment pas abuser de l'hospitalité d'un journal que bien peu de naturalistes liront. Qu'on nous permette pourtant de ne pas dissimuler la joie que nous avons ressentie en voyant ce minuscule amphithéâtre de la Sorbonne, si rempli d'auditeurs attentifs, jeunes et vieux. venant montrer au représentant désormais officiel du Transformisme en France que l'on oublie pas que Lamark fut un des plus grands Français. Un instant, nous nous sommes crû transporté à l'Ecole d'Anthropologie! Quel contraste frappant! Entendre cet enseignement, libre de toute entrave, dans la salle, où quelques instants auparavant, un maître vénéré vient de jeter l'anathème sur ces théories qui aujourd'hui sont admises partout. Et tout l'auditoire pensait certainement comme nous, car l'entrée de M. Giard a été accueillie par de frénétiques applaudissements.

Le professeur, après avoir remercié tous ceux qui ont contribué à la création de cette chaire, a ajouté que le Conseil municipal y rattachait le laboratoire de Wimereux, fondé par lui aux environs de Boulogne. Il était bien modeste encore, ce coquet laboratoire de Zoologie maritime, quand nous l'avons visité ; mais nous sommes convaincu, comme M. Giard, que le Conseil municipal ne voudra pas plus longtemps le laisser dans cet état et n'hésitera pas à doter largement son fils adoptif.

L'objet de cette première leçon a été un très intéressant historique de la doctrine transformiste; dans celles qui suivront. M. Giard fera un exposé morphologique du règne animal, en comparant l'ontogénie à la phyllogénie, la série zoologique à la série paléontologique. Nous n'insistons pas. Ce que nous voulions surtout, c'est signaler à tous ceux que les choses de la science n'effraient pas ce petit événement qui marquera dans l'histoire de la Biologie. Cette création, nous le répétons, fait le plus grand honneur au Conseil municipal qui, en fondant la chaire de Pisciculture, attachée à l'Aquarium du Trocadéro, avait déjà bien mérité de la Science. Il continuera dans cette voie, nous n'en pouvons douter. M. B.

Société de Chirurgie de Paris.— Une nouvelle méthode de traitement du Prolapsus utérin.

On nous permettra d'attirer spécialement l'attention de nos lecteurs sur une fort intéressante observation de *Prolapsus utérin traité par l'hystérorrhaphie*, qu'a communiquée M. le Dr Félix Terrier, chirurgien de l'hôpital Bichat, à la dernière séance de la *Société de Chirurgie*.

C'est la première fois, qu'en France du moins, cette opération est pratiquée dans de semblables conditions et de parti pris. S'il est vrai que des chirurgiens étrangers, allemands (Olshausen, 1886) et anglais Philipps, 1888). l'ont dans deux cas déjà utilisée pour remédier au prolapsus de l'utérus, si la question de priorité est élucidée. si depuis plusieurs années certains chirurgiens (entre autres Kelly. de Philadelphie) avaient déjà proposé un tel mode d'intervention, il n'en est pas moins utile de signaler le fait. ne serait-ce que pour montrer que la chirurgie française ne suit pas d'un pas, aussi boiteux qu'on a l'air de le croire, les progrès faits à nos côtés. au delà de nos frontières et en dehors de la vieille Europe.

Tout le monde connait aujourd'hui ce qu'on appelle, avec Kelly, Hystérorrhaphie, ou mieux peut-être Laparo-hystérorrhaphie. Cette opération, désignée aussi sous le nom plus pittoresque, mais plus vague, de Ventro-fixation (pourquoi n'avoir pas dit Utéro-fixation ventrale ?), est employée *méthodiquement*, depuis plus de deux années déjà (1885), pour la cure des rétro-déviations de l'utérus, par plusieurs chirurgiens allemands (Olshausen, Sœnger, Klotz. Léopold, Schauta, etc.) et français (Terrier, Doléris, Picqué. etc.) (1). C'est à cause de ces faits, aujourd'hui à l'étude et à l'ordre du jour, que cette nouvelle application au traitement du prolapsus utérin du procédé opératoire que nous venons de citer nous a paru digne d'une mention toute particulière. Peut-être, d'ailleurs, pourra-t-il être encore utilisé pour une autre affection fort difficile à guérir. Mais n'anticipons pas. — On trouvera plus loin l'histoire de la malade qui a fait le sujet de l'importante communication de notre cher maître, M. Terrier. M. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 novembre 1888. — Présidence de M. Janssen.

M. A. Béchamp lit un mémoire sur *la nature du lait.* 1° Le lait n'est point une émulsion. Les globules laiteux ne sont point des globules gras nus. mais de véritables vésicules adipeuses libres, isolables et maniables comme des cellules de levûre de bière ou des globules du sang: ces globules possèdent une enveloppe très délicate. 2° Le lait de vache contient, outre la caséine, d'autres matières albuminoïdes. non pas libres, mais dissoutes en combinaison avec des alcalis. Le lait de femme n'est pas à proprement parler un lait à caséine: il contient une zymase qui lui est propre. 3° Le lait se caille spontanément sans le secours de vibrioniens proprement dits.

M. V. Galtier a fait de *nouvelles expériences tendant à démontrer l'efficacité des injections intra-veineuses de virus rabique en vue de préserver de la rage les animaux mordus par des chiens enragés*. On peut sûrement préserver. au moyen de ces injections intra-veineuses, les ani-

(1) L'historique de cette question est fort complexe; il exigerait de trop longs développements pour être même résumé ici. D'ailleurs nous aurons l'occasion un jour d'y revenir d'une façon bien plus approfondie.

maux herbivores et omnivores qui ont été mordus par des chiens enragés : l'immunité conférée a pour effet non seulement de préserver contre les conséquences des morsures déjà reçues, mais de garantir aussi contre les morsures ultérieures.

MM. Porion et Dehérain indiquent les résultats des *cultures du blé à épi carré en* 1887 *et en* 1888.

M. E. Canu étudie une *nouvelle famille de Copépodes commensaux.* Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 17 *novembre* 1888. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M Brissaud a fait avec M. Sabourin des recherches sur l'*anatomie du foie*. On admet généralement, en se basant sur la description de Kiernan, que les lobules dont se compose cet organe, sont appendus aux rameaux de la veine sus-hépatique, et séparés les uns des autres par les canaux excréteurs et les ramifications de la veine porte, constituant les espares porto-biliaires. Chaque lobule aurait une individualité propre, et les lobules encapsulés du foie du porc adulte représenteraient le type du foie normal chez l'homme. Cet encapsulement des lobules chez le porc semble artificiel, car on ne le trouve pas chez le cochon de lait. Chez ce dernier on voit en effet des traînées de cellules passer sans interruption d'un lobule au lobule voisin. Déjà Cl. Bernard avait montré que chez le cheval la veine porte communiquait directement avec les veines sus-hépatiques. Le foie du cheval aurait donc la même disposition que les autres glandes. C'est ce qu'il a été permis de reconnaître sur le foie du phoque, qui est un type de glande biliaire ; dans ce foie le lobule est constitué à son centre par des branches des veines sus-hépatiques s'abouchant librement avec les ramifications de la veine porte ; de plus l'acinus a pour pédicule, outre ces vaisseaux, un canalicule biliaire excréteur.

Le foie de l'homme ne diffère pas, sous ce rapport, du foie du phoque, et il est permis de conclure, que dans l'espèce humaine il y a également communication entre les veines sus-hépatiques et les veines portes, et que le véritable canal excréteur du lobule n'est autre que le canalicule biliaire. Le foie ne différerait donc pas des autres glandes que l'on rencontre dans l'économie. C'est pour avoir méconnu cette structure qu'il s'est produit tant de divergences dans l'anatomie pathologique et la classification des cirrhoses.

M. Retterer demande à M. Brissaud s'il a examiné des foies d'ours et de chameau, dont la structure se rapprocherait singulièrement de la structure du foie de porc.

M. Brissaud répond qu'il a examiné des foies d'ours et de chameau. Chez ces animaux, quoiqu'on en ait dit, le lobule n'est jamais encapsulé. Du reste, on peut se demander si l'encapsulement du lobule hépatique du porc n'est pas un produit pathologique, le fait d'une sénilité précoce, puisqu'on n'observe pas cet encapsulement chez le cochon de lait. C'est une question que l'auteur pose, sans pouvoir encore la résoudre.

MM. du Castel et Critzmann, voulant expérimenter l'action antiseptique de l'*acide fluorhydrique*, ont traité, à l'aide de solutions injectées, un certain nombre de blennorrhagies. On sait que le micrococque de Neisser est toujours présent dans le pus de la chaude-pisse ; ce pus peut être considéré comme un liquide de culture; il est, de fait, très favorable à l'expérimentation. Or, quelqu'ait été la dose employée, l'acide fluorhydrique a toujours été impuissant à faire disparaitre le microbe et partant à guérir l'écoulement. Lorsqu'on veut expérimenter dans ces cas, c'est la solution au deux millièmes qu'il faut employer ; encore est-elle mal tolérée par la muqueuse uréthrale qu'elle irrite considérablement.

M. Fr.-Franck a eu l'occasion d'examiner récemment une femme atteinte d'*ectopie cardiaque*. Il faut dire en passant que, pour des raisons spéciales, cette femme a été considérée à trois reprises comme sujet différent, ce qu'il est bon de signaler afin qu'on ne croie pas l'ectopie cardiaque plus fréquente qu'elle ne l'est réellement. De son examen, il résulte que le pouls veineux jugulaire est bien dû à l'affaissement brusque de l'oreillette au moment de la systole, ainsi que l'a démontré M. Potain, contrairement à l'opinion de Mosso qui en fait la conséquence de l'aspiration exercée par le cœur au moment de la diastole.

Il existe chez cette femme un troisième bruit se montrant en pleine diastole ; ce bruit est dû à la tension brusque du ventricule flaccide surpris par l'arrivée d'une ondée sanguine, théorie encore proposée par M. Potain.

Enfin, cette femme présente à la base un souffle anémique et la pulsation du cœur est telle qu'on ne pouvait douter un seul instant que ce souffle prenne naissance au niveau de l'orifice aortique et non au niveau de l'orifice pulmonaire, comme le voudraient certains auteurs.

M. Wallich a inoculé deux cobayes avec des grains provenant d'un *synovite palmaire*, l'un dans le péritoine, l'autre dans le tissu cellulaire sous-cutané. Le premier de ces animaux a succombé au bout de trois mois; l'autopsie a permis de constater de nombreux tubercules sur la surface du péritoine, dans les poumons et la rate, avec de nombreux bacilles de Koch sur les coupes de ces organes. Le second cobaye inoculé dans le tissu cellulaire sous-cutané vit encore et présente au point d'inoculation une large ulcération d'aspect tuberculeux. La recherche des bacilles de Koch sur de nombreuses coupes de grains riziformes n'avait donné dans ce cas que des résultats négatifs. L'inoculation des grains ou de leur contenu dans des bouillons de culture n'ont fourni que des colonies de microcoques sans groupement déterminé, et au milieu desquelles aucun bacille de Koch n'a été observé. Ce fait, joint à celui de MM. Terrillon et Martin, vient confirmer la nature tuberculeuse de ces synovites, établie anatomiquement mais non expérimentalement par MM. Nicaise, Poulet et Vaillard.

M. Chauveau présente la 7e vertèbre cervicale d'un mouton portant une côte surnuméraire.

M. Brown-Séquard présente une note de M. Lépine (de Lyon) sur la *diminution de la secousse réflexe du gastrocnémien de la grenouille, consécutive à la ligature en masse de la cuisse, le nerf excepté.*

M. Brown-Séquard avait montré dans une précédente communication que les injections d'eau simple tuaient souvent des animaux ; il a renouvelé depuis ses expériences et n'a pas obtenu les mêmes résultats, ce qui prouve que les eaux de diverses provenances n'ont pas les mêmes propriétés toxiques.

M. Bouchard présente une note de M. Soulier (d'Alger) de laquelle il résulte que les Hématozoaires décrits par Laveran existeraient une fois sur vingt dans le sang des paludéens. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 *novembre* 1888. — Présidence de M. Hérard.

M. Laborde, au nom de M. Arnaud, présente une note sur *la Strophantine* ; il fait observer qu'il n'existe pas actuellement plusieurs Strophantines, mais une seule, celle qui a été extrait du Strophantus Kombé. Quant à la substance signalée dans le Strophantus du Gabon par MM. Hardy et Gallois, il est impossible de l'identifier ou non à la Strophantine du Strophantus Kombé.

M. Odo Bujwid (de Varsovie) fait une communication sur *le traitement de la rage par diverses méthodes.* Depuis le 29 juin 1886, jusqu'au 1er janvier 1887, M. Odo Bujwid a traité 104 personnes mordues par des chiens enragés ou suspects de rage Le traitement simple de M. Pasteur fut ainsi appliqué à 104 personnes : ce traitement consistait à inoculer de la moelle de 14 jours pour finir avec une inoculation quotidienne de moelle de 5 jours. Le 23 novembre, un cas de mort fut observé chez un enfant de 11 ans, mordu grièvement à l'avant-bras, et qui n'avait commencé le traitement que neuf jours après la

morsure. Le chien errant qui l'avait mordu, n'a pu être retrouvé, ce qui n'a pas permis de constater, d'une façon certaine, s'il était enragé. Influencé alors par les travaux de M. Frisch (de Vienne), M. Odo Bujwid, a tenté un traitement plus faible et a inoculé des moelles de 6 ou 7 jours: durant sept mois, il a inoculé 193 personnes et a enregistré 8 cas de mort. Au mois d'août de l'an dernier, il applique, pour la première fois, à deux personnes mordues à la tête et à la figure par un loup, dont la rage a été reconnue expérimentalement, un traitement qui ne diffère que très peu du traitement intensif de Pasteur. Il leur inocule des moelles de 12 à 3 jours, faisant les inoculations deux fois par jour et répétant la série 3 fois de la manière suivante : 1re journée : moelles de 12 et 10 jours; 2e journée, moelles de 8 et 7 jours ; 3e journée, moelles de 6 et 5 jours ; 4e journée, moelles de 4 et 3 jours. Cette série a été répétée trois fois pendant douze jours. Un mois après, deux personnes mordues par une louve enragée ont été traitées de la même façon. Ces quatre personnes sont restées en bonne santé. Depuis, 370 personnes, dont 30 ont été mordues au visage, ont été ainsi traitées, et on n'a enregistré aucun cas de mort. A Varsovie, les moelles sont desséchées à la température de 16° à 18° et conservent leur virulence plus forte que celles qui sont conservées à 23°. Toutes ces personnes avaient été sérieusement mordues par des animaux enragés ou très suspects de rage. Par contre, huit personnes non traitées ont succombé à la rage à Varsovie ou dans les gouvernements voisins. L'application du traitement intensif s'est donc montrée non seulement inoffensive, mais encore parfaitement efficace.

M A. Guérin fait une communication sur la nature et l'origine du *tétanos*. M. A. Guérin admet que la transmission interhumaine n'est démontré que par un petit nombre de faits et pense que le tétanos est inoculable. Toutefois, il avoue qu'on ignore les agents de l'inoculation. L'expérimentation prouve qu'il existe un virus, bien qu'on ne soit pas encore parvenu à dire précisément en quoi il consiste. Au point de vue anatomo-pathologique, M. A. Guérin a constaté, dans le tétanos, l'existence d'une myélite partielle; c'est dans les points où la moelle est rouge et ramollie qu'il serait rationnel de chercher les agents de la production de la maladie. — M. A. Guérin accepte les faits de traumatisme du tétanos par inoculation ; mais, on ne saurait admettre que les agents de la transmission soient, sans conteste, des micro-organismes. La production du tétanos, malgré le filtrage de l'air par la ouate, tend à prouver que l'agent de la contagion n'est pas un microbe susceptible d'être transporté par l'air L'échec du pansement de Lister semble être la preuve que les agents de la contagion sont réfractaires à l'acide phénique et aux autres substances antiseptiques. M. A. Guérin incline à penser que le tétanos est engendré par un poison analogue à la strychnine et à la toxine de Brieger. Les travaux modernes ont donné la preuve de l'inoculabilité du virus tétanique, mais n'ont pas beaucoup avancé la science au sujet de la contagion. M. A. Guérin croit enfin que le tétanos est dû à une myélite partielle aiguë. de nature septique, engendrée par les conditions mentionnées par les auteurs qui ont observé de grandes épidémies.

M. le Président annonce que dans une séance ultérieure MM. Verneuil et Nocard reprendront la discussion relative au tétanos.

M. Béchamp fait une communication sur *la nature du lait* et expose les expériences à l'appui de l'étude sur les globules du lait. Le lait de vache ne contient point de caséine libre, mais unie à des alcalis, en solution parfaite, il contient d'autres substances albuminoïdes, etc. Indépendamment des globules. le lait renferme en suspension des granulations moléculaires, des microzymas caractérisés.

M. Polaillon, au nom de M. Dubreuil (de Montpellier), présente une note relative à *la compression élastique combinée avec des résections costales dans le traitement de l'empyème.*

M. Laborde lit un rapport sur le *prix Pourrat.*

A. Josias.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 novembre 1888. — Présidence de M. Polaillon.

M. Trélat présente une *aiguille* à sutures due à M. Lambling, destinée à remplacer l'aiguille de Reverdin. Elle est d'un maniement plus simple et peut présenter des courbures dans tous les sens. L'orifice du fil est fermé par un petit clapet qui fonctionne seul.

M. Nelaton a fait construire par M. Collin une aiguille qui lui a rendu de très grands services pour la suture des muqueuses (fistule vésico-vaginale), mais qui ne vaut peut-être pas celle de Reverdin pour les sutures cutanées. Elle a cependant aussi l'avantage de pouvoir être courbée dans différents sens, comme une aiguille mousse.

M. Monod dit que M. Aubry en a construit une fort analogue.

Suite de la discussion sur le traitement du cancer du col utérin.

M. Schwartz croit que l'hystérectomie vaginale et l'amputation du col ont des indications spéciales, d'après les variétés de tumeurs cancéreuses de l'utérus. Il a fait 11 fois l'ablation du col de l'utérus, dont 5 fois pour cancer paraissant bien limité au col. Pour ces 5 cas, il a eu 5 guérisons opératoires ; 3 ont été opérées à l'anse galvanique, 2 au thermocautère et aux ciseaux. Il a fait une fois l'hystérectomie vaginale. Sur ces 5 operées d'amputation partielle, l'une reste guéri depuis 4 ans; il s'agissait pourtant d'un épithélioma lobulé qui récidiva, mais dont la récidive fut de suite traitée et guérie ; 2 malades ont été perdues de vue; les deux autres sont mortes de récidives, l'une à 8 mois, l'autre à 6 mois. Dans tous les cas, l'examen histologique a été fait. L'hystérectomie vaginale a été faite chez une femme de 46 ans, pour une tumeur ulcérée du col ; elle dura 25 minutes; guérison Diagnostic vérifié à l'examen anatomique. Cavité utérine saine. Opérée en juillet 1888, cette malade vit encore, mais a une récidive.

M. Monod a fait deux hystérectomies vaginales : 1° Jeune fille de 25 ans ; utérus difficile à abaisser. Opération incomplète, car le ligament large fut reconnu pris pendant l'opération ; guérison opératoire, mais récidive dans la cicatrice et mort 14 mois après. 2° 47 ans, cancer au début, cas favorable ; guérison opératoire; récidive 3 mois après et mort à 8 mois.

M. Verneuil demande à ne répondre qu'à la prochaine séance.

M. Kirmisson lit un rapport sur deux mémoires adressés à la Société par MM. Claudot et Krugg-Basse sur *les corps étrangers articulaires et leur traitement.* L'observation de M. Krugg-Basse est relative à un homme de 24 ans, présentant au genou droit un épanchement séreux, de la douleur, de la gène fonctionnelle ; il avait un corps étranger qui siegeait à l'extrémité inférieure et interne de la rotule. Ce corps étranger est extrait; il sortit 60 gr. de liquide séreux. Sutures 4 fils) sans prendre la synoviale. Guérison sans accidents.— L'observation de M. Claudot est celle d'un homme de 23 ans qui après une chute eut une hydarthrose du genou droit et un corps étranger de cette articulation. M. Claudot fit une arthrotomie antiseptique. Pas de lavage. 3 points de suture sans prendre la synoviale. Suppuration au niveau des fils. 9 mois après, il y avait encore de la raideur dans la jointure. — Deux points, dit M. Kirmisson, sont intéressants dans ces mémoires: 1° La pathogénie des corps étrangers; 2° leur traitement par l'arthrotomie. D'après les travaux modernes, il faudrait faire une grande part au traumatisme dans la pathogénie des corps étrangers articulaires. Des examens histologiques montrent en effet que ces corps rappellent parfois, par leur structure, le cartilage diarthrodial; mais l'identité de structure ne suffit pas, et d'ailleurs il y a des cas où on n'a pas noté de traumatisme, malgré cette analogie dans la structure. Evidemment, il y a des faits où l'influence du traumatisme est évidente (cas de Bœckel, *Gaz. méd. de Strasbourg*) ; mais la question n'est pas encore sur le point d'être résolue. M. Kirmisson a lui-même opéré un malade il n'y a pas longtemps pour un corps étranger articulaire et il a employé pour l'arthrotomie la technique des auteurs. Pas de drainage dans les cas simples quand la plaie est petite, quand les re-

cherches ont été rapides; drainage au contraire quand il y a eu d'assez grands délabrements, quand l'opération n'a pas été très-classique.

M. Trélat a opéré 10 kystes synoviaux du poignet et extirpé deux fois des corps étrangers articulaires (coude, genou), sans faire le drainage. Réunion parfaite, pas d'accidents. Le drainage n'est pas utile quand on peut bien affronter dans le fond de la plaie.

M. Lucas-Championnière emploie les drains quand il fait de larges ouvertures à l'article; sinon il les croit inutiles.

M. Reclus a fait une arthrotomie du genou; il a eu un beau résultat après lavage antiseptique.

M. Schwartz a fait une arthrotomie pour un corps étranger d'une articulation. Lavage, suture, drain sous-cutané seulement. Bœckel ne draine plus dans les résections articulaires; il n'emploie plus de drain, ni de suture osseuse, ni de ligature; à l'aide de la bande d'Esmark, la plaie guérit sous un seul pansement.

M. Kirmisson est heureux de voir les chirurgiens être de son avis.

M. Terrier lit une observation de *prolapsus utérin traité par l'hystérorrhaphie*. Il croit être le premier à avoir pratiqué cette opération en France. Bien des chirurgiens déjà ont dit qu'on pourrait opérer de cette sorte le prolapsus (entr'autres Gaillard Thomas), d'autres l'ont écrit, d'autres l'ont fait récemment, mais à l'étranger. La femme que M. Terrier a opérée ainsi était jeune encore (38 ans) et présentait un prolapsus considérable avec rectocèle, cystocèle, hypertrophie totale de l'utérus (sus et sous-vaginale) et de l'endométrite chronique. Il lui était impossible de vaquer à ses travaux ordinaires (elle est blanchisseuse) à cause des tiraillements et des douleurs ressenties. M Terrier prit le parti de l'opérer par l'hystérorrhaphie et pratiqua cette opération au commencement d'août dernier. Il fit une incision abdominale sur la ligne blanche de 7 à 8 centimètres, remontant assez haut vers l'ombilic. Il trouva facilement, le ventre ouvert, le fond de l'utérus, dont le corps était considérablement hypertrophié, put y passer un fil de soie, et à l'aide de ce fil suspenseur attira et maintint en contact avec la plaie de la paroi abdominale la face antérieure de ce gros utérus, à péritoine rouge et très vasculaire. Ceci fait, il passa un fil de gros catgut, d'abord dans une des lèvres de la plaie hypogastrique, puis dans le tissu de la partie antérieure de l'utérus, en cheminant avec l'aiguille au-dessous de la séreuse et d'une partie de la couche musculaire; il fit ressortir l'aiguille de l'utérus, puis traversa l'autre lèvre de la plaie. Il plaça ainsi trois fils et remplaça le fil suspenseur placé sur le fond utérin par un gros catgut. Ces 4 fils furent solidement suturés, en même temps que les lèvres de la plaie abdominale furent rapprochées. Il fit ensuite la suture de la paroi comme dans toute autre laparotomie. La vessie ne fut pas aperçue au cours de l'opération. Suites opératoires parfaites; pas de température. La malade veut se lever 3 jours après l'opération, qui dura à peine 20 minutes. Pas de douleur, pas de troubles de la miction. La guérison a été vite obtenue. Cette femme, revue ces jours-ci, a toujours son utérus fixé à la paroi; le col est toujours à 10 cent. de la vulve. L'utérus n'a pas diminué de volume. Cette malade peut travailler maintenant et ne souffre plus. Le prolapsus vaginal a un peu de tendance à reparaître en avant.

M. Pozzi cite un cas dans lequel il a traité un prolapsus utérin en suturant dans la plaie un pédicule d'ovariotomie; mais c'est un procédé opératoire tout différent. M. Pozzi mentionne les auteurs allemands qui ont fait l'hystérorrhaphie pour prolapsus. Il préfère le terme de ventro-fixation.

M. Bouilly ne croit pas que l'hystérorrhaphie sera souvent indiquée pour le prolapsus utérin. Pour lui l'amputation du col suffit amplement.

M. Trélat insiste sur la nécessité de faire un diagnostic précis des variétés de prolapsus. Dans certains cas seulement l'hystérorrhaphie sera applicable.

M. Périer montre une *canule à trachéotomie* due à M. Gouguenheim.

M. Pozzi montre des *pinces porte-aiguilles*.

Marcel Baudouin.

CORRESPONDANCE

Lettre de Berlin : Logements insalubres ; Hydronéphrose intermittente ; Rétention d'urine.

Berlin, le 15 novembre 1889.

Monsieur le Rédacteur,

Les communications que je vous envoie aujourd'hui ne manqueront pas d'attirer l'attention de nos collègues de France.

I.—Commençons par une conférence faite à Francfort-s./Mein, par le Dr Miquel, à la 14e réunion de la Société allemande d'Hygiène publique : cette conférence a été saluée par d'unanimes applaudissements. Le Dr Miquel a parlé des mesures à prendre pour obtenir des *logements salubres*. La question des logements est fort ancienne et des plus difficiles à résoudre. Périodiquement, l'essor de l'industrie attire une foule considérable d'ouvriers dans des points déterminés, et ces grands centres voient alors naître des conditions d'existence déplorables; c'est alors que l'autorité intervient pour parer au plus pressé, pour rentrer dans son apathie aussitôt le danger approximativement conjuré. L'action de l'autorité est du reste entravée par les préjugés populaires et les ordonnances antérieures. Un des préjugés consiste à s'imaginer qu'en améliorant et rendant moins onéreuses les conditions que subissent les logements d'ouvriers, on attirera toute la population pauvre des environs : c'est là une erreur, car le mouvement de la population est réglé avant tout par l'élévation des salaires et l'espoir de trouver de l'occupation Les ordonnances qui entravent la surveillance des logements insalubres ressortissent avant tout à la loi du droit à l'assistance à domicile; cette loi a pour conséquence des discussions entre les communes. Il ne faut pas non plus croire que la question du logement est identique à la question du salaire, car on constatera, suivant les cas, que les logements sont tantôt bons et à bon marché, tantôt mauvais et chers.

La Société d'économie sociale s'est entourée de documents concernant plusieurs grandes villes, et tendant à démontrer l'existence de nombreuses conditions antihygiéniques; en outre, ces documents nous prouvent que le manque de bons logements n'est pas un *desideratum* passager, mais que le besoin de logements sains et relativement à bon marché est permanent. Des ordonnances et des mesures administratives pourraient enrayer dans une grande mesure cet inconvénient si préjudiciable. Si l'on s'en tient à la promulgation d'une loi, on arrivera seulement à diminuer pour quelque temps le nombre des logements utilisables, à enrayer l'offre et à faire renchérir les logements. C'est pourquoi, pour venir en aide à la loi, les préoccupations constantes des communes devront tendre à améliorer et à rendre plus accessibles pécuniêrement les logements ouvriers. Les sociétés immobilières se chargent de construire suffisamment de grands logements à trois pièces et au-dessus : le besoin de logis plus petits n'est pas en général satisfait; dans les grandes villes, ce dernier type d'habitation ne se retrouve nécessairement que dans des sortes d'immenses casernes, dont les frais d'installation sont considérables et où les loyers ne rentrent pas régulièrement. On immobilise ainsi de grands capitaux dans de vastes bâtisses qu'on a plus tard de la peine à revendre. De toutes ces conditions défavorables résulte une pénurie toujours grande de petits logements, une augmentation du prix des loyers; les maisons se remplissent et sont mal tenues; on transforme en logis des recoins qui ne devaient dès l'abord pas servir à l'habitation permanente. Sous ce rapport, toutes les grandes villes se ressemblent plus ou moins. Légalement, les communes devraient ne pas permettre de couvrir la surface à bâtir dans son entier, les rues à construire devant être tracées en dehors des limites assignées aux constructions : en outre, il faudrait songer à des voies de communication faciles et à bon marché. Il faudrait, en outre, modifier la loi prussienne de 1875, qui prescrit de calculer la taxe d'entretien des rues d'après la façade sur la rue : il en résulte que les propriétaires ont la tendance naturelle à faire des maisons aussi élevées que possible, avec des bâtiments construits derrière le bâtiment de façade. Les communes ont encore d'autres moyens d'action. La ville de Francfort a élevé pour ses employés peu rétribués des logements sains et à bon mar-

ché à Sachsenhausen : ces constructions rapportent 4,8 %. Ce système pourrait être aussi utilisé pour les ouvriers de la ville, ou par l'Etat pour ses employés ou ouvriers. Il serait peut-être aussi important de voir si l'on ne pourrait pas forcer les fabriques installées dans les villes à fournir le logement à leurs ouvriers ; les fabriques installées hors des villes sont actuellement obligées de fournir aux ouvriers les soins médicaux, les médicaments, l'instruction et le logement. Les Sociétés philanthropiques à leur tour devraient songer à encourager les propriétaires de maisons à petits logements.

Il est certain que le grand inconvénient actuel consiste dans le fait que l'ouvrier commence à faire des économies sur son logement, et pour lutter contre cette tendance, il faut des lois sévères applicables aux immeubles habités par l'ouvrier. Il faut soumettre les bâtiments où s'entassent une foule d'êtres humains à des règlements qui sembleront dans les premiers temps vexatoires, mais qui finiront par satisfaire tout le monde. Nous défendons bien la vente d'aliments nuisibles à la santé, pourquoi ne défendrions-nous pas l'utilisation de logements insalubres, ou une utilisation antihygiénique des logements? En Angleterre, terre classique de la liberté individuelle, on est bien plus avancé dans cette voie qu'en Allemagne, car on impose aux propriétaires des lois de plus en plus restrictives au sujet de la location des habitations ouvrières. Les communes ont dans ce pays le droit de désaffecter des maisons insalubres, même dans certains cas des tas de maisons tout entiers; les municipalités ont, en outre, le droit et dans quelques circonstances le devoir d'aménager des logements. Chaque logeur, chaque propriétaire doit s'arranger à fournir à son locataire une certaine quantité d'air respirable, et l'Etat prête aux communes ou aux individus qui veulent construire des logements ouvriers, des sommes importantes. Tout cela nous montre que nous sommes en face d un devoir social absolu, et les idées surannées concernant la liberté illimitée dans l'utilisation de la propriété foncière ont fait leur temps.

En France on a promulgué une loi de ce genre en 1850, mais ce n'est là qu'un commencement. En Allemagne existent dans plusieurs provinces, surtout dans les régions industrielles, la Silésie, la Westphalie, la province du Rhin, et même dans quelques villes, des arrêtés restrictifs concernant l'aménagement et l'utilisation des logements. Ces prescriptions concernent l'aération, les water-closets, la séparation des sexes : elles ont, en outre, pour but d'exiger un certain cube d'air par locataire, et ont donné les meilleurs résultats sans qu'une augmentation dans le prix des loyers en ait résulté. Il semble donc d'autant plus urgent de promulguer des arrêtés concernant les logements occupés par des familles, car les enfants surtout sont exposés à de nombreux dangers avec les aménagements actuels. A Francfort, les conditions sont, relativement à d'autres villes, très favorables, et cependant un inspecteur a découvert dans le quartier soumis à sa surveillance des faits révoltants. Le cube d'air par personne descend jusqu'à 3 m. 3 cent. Si l'on défendait *ex abrupto* l'utilisation de taudis de ce genre, un grand nombre de malheureux se trouveraient sur le pavé. Il faudra donc un délai, d'au moins 5 ans pour obtenir l'exécution des lois nécessaires, et n'appliquer ces dernières de suite que dans les seuls logements nouvellement aménagés. Il sera plus facile aux sociétés immobilières (1) de calculer à l'avance quel doit être l'espace à bâtir, si le cube d'air minimum est administrativement fixé. Il se pourrait que ces sociétés ne soient pas à même, dans la période de transition, de satisfaire aux besoins de la classe peu fortunée, et dans ce cas ce serait aux sociétés philanthropiques à entrer en scène. Dans les cas urgents, les communes pourraient indirectement venir en aide en supprimant la taxe d'entretien des rues, en accordant des terrains à bon marché, et en faisant des prêts à faibles intérêts aux constructeurs d'immeubles.

Il ne faudrait pas craindre que la législation en devenant toujours plus sévère, et en exerçant un contrôle qui n'existe pas actuellement, pourrait entraîner à sa suite un renchérissement des logements. Si pareille chose arrivait, le salaire journalier s'en ressentirait. Il serait il est vrai, dans ce cas, plus difficile de pourvoir au logement de grandes foules d'ouvriers, et l'utilisation du travail à fournir par ces ouvriers ne pourrait être aussi complète que par le passé.

Il faudrait adopter des mesures administratives destinées à enrayer l'afflux trop considérable de la population ouvrière sur un point, engendrant une superproduction et par suite un chômage, par cessation de la demande; en régularisant ces hauts et ces bas successifs, on rendrait à l'humanité un véritable service.

La meilleure mesure à prendre serait de fixer par une loi d'Empire un minimum d'exigences administratives, en laissant aux administrations locales la latitude de dépasser ce minimum dans le seul sens d'une réglementation plus sévère. Toute espèce d'initiative dans ce genre doit être regardée comme un grand progrès.

II.— Le Dr Landau a fait, le 17 octobre à la Société méd. de Berlin, une communication sur l'*hydronéphrose intermittente* ; cette communication a été très favorablement accueillie.

Ce serait Julpius qui en 1650 constata le premier l'existence de l'hydronéphrose intermittente. Schwenlein, Peter Frank, etc., signalèrent des cas analogues, mais tout fut passé sous silence jusqu'en 1870 environ, époque à laquelle Landau observa quatre cas. Il y a 8 ans, il a présenté un cas où l'hydronéphrose se changea en pyélonéphrite; il se forma même une fistule débouchant dans la paroi abdominale : ce cas était le neuvième observé par l'auteur. Depuis ce temps, Landau a observé quatre nouveaux cas.

L'hydronéphrose intermittente est caractérisée par une accumulation progressive d'urine dans le bassinet, avec évacuation brusque. Tous les cas où, la cause de l'affection une fois éloignée, l'affection se développe à nouveau, peuvent être rangés sous cette rubrique (carcinome de l'utérus par ex.). L'auteur ne veut pas parler de ces cas où la cause de la compression est manifeste ; dans les cas de Landau, l'obstacle à l'écoulement de l'urine semble, selon toute probabilité, ne pas être matériel. Il existe évidemment, et les auteurs l'admettent, un spasme des uretères, se produisant dans les deux canaux à la fois et pouvant donner lieu à de l'anurie. Laudau a observé ce phénomène sur le cadavre. Si l'on essaie d'injecter dans les uretères un liquide très chaud, les uretères se contractent avec tant d'énergie que pas une goutte de liquide n'arrive à les pénétrer.

Landau a surtout insisté sur deux causes de compression : la première est la traction directe et l'application forcée de l'uretère sur l'arcade pubienne, et la seconde l'inflexion ou la torsion de l'uretère, ou encore son insertion à angle aigu. Dans la première catégorie on peut ranger le cas observé par Virchow à l'autopsie en 1846 ? un utérus prolabé et non réductible avait poussé l'uretère contre l'arcade pubienne, et la compression était telle que le bassinet et l'uretère en aval étaient complètement distendus par le liquide urinaire. Le malade mourut d'accidents urémiques. Dans un autre cas, il y avait hydronéphrose double, et ce cas prouve évidemment que l'affection était intermittente, car il n'eût pas été possible, sans cela, que le malade ait pu survivre à de tels accidents. Landau n'a pu parvenir jusqu'à ce jour à découvrir l'obstacle dans ce cas, le malade étant encore en vie. En outre, la flexion et la torsion d'un uretère ou son insertion à angle aigu sont des lésions qu'on constate assez fréquemment. Cohnheim a donné de ce processus une explication des plus lumineuses. Küster a admis que dans ces cas il y a catarrhe purulent et invagination des tuniques de l'uretère, mais ici l'hypothèse n'est pas admissible, car Landau a fait dans tous les cas des ponctions et n'a jamais rencontré de pus. L'hydronéphrose se produit sans doute par le fait seul de l'arrêt de l'écoulement dans l'urine : cet arrêt dure jusqu'à ce que le malade se couche, ce qui permet à l'urine de s'écouler. Les alternatives d'arrêt et d'évacuation se succèdent jusqu'au moment où l'élasticité du bassinet est compromise, et la poche se distend à tel point que l'on peut la prendre pour un kyste de l'ovaire.

Il s'agit ensuite de savoir comment se développe l'insertion à angle aigu. Virchow pense à une affection congénitale, et Simon croit à une conséquence nécessaire de cette insertion.

(1) Dans le texte allemand se trouve l'expression « la speculation »; ce terme se prenant souvent en mauvaise part en français, nous préférons la périphrase. (*Note du trad.*)

Il prouve, en effet, que si l'hydronéphrose se montre même dans les cas où il n'y a pas d'insertion à angle aigu, le trajet de l'uretère doit former un angle aigu avec le bassinet, car le bassinet en se remplissant poussse l'uretère de côté et empêche ainsi tout écoulement. Dans la plupart des cas, il n'y a pas de prédisposition congénitale, car cette insertion se présente très rarement chez le nouveau-né. Landau a, en outre, reconnu que cette variété d'hydronéphrose se trouve surtout chez les femmes et à droite. L'insertion à angle aigu est donc probablement une disposition acquise, et la cause en est sans doute au rein mobile. Le rein en descendant déterminera donc une hydronéphrose par flexion ou torsion, ou enfin en donnant naissance à une insertion à angle aigue. Ce résultat provient de la prédisposition anatomique : l'uretère suit le bassinet, et, dans ce cas, il y aura flexion ou torsion, ou bien il ne le suit pas, et dans ce dernier cas on retrouvera toutes les conditions nécessaires au développement d'une hydronéphrose.

Les symptômes de l'hydronéphrose intermittente ne donnent pas une image clinique bien nette ; cependant, dans les cinq cas de Landau, il y a une certaine concordance, car, en dehors de troubles légers, les malades ne se doutaient pas de leur maladie. Tous se plaignaient d'un état nauséeux passager, d'une sensation de corps étranger et de quelques modifications dans la miction. Un malade présentait des crises absolument comparables à des coliques néphrétiques, mais les autres symptômes n'avaient rien de bien caractéristique. Les symptômes objectifs sont, cela va sans dire, obscurs dans le début de l'affection : nous ne pouvons actuellement reconnaître l'état de réplétion d'un bassinet peu dilaté. Ce n'est qu'à l'époque de l'apparition d'une tuméfaction que l'on peut songer à l'hydronéphrose intermittente.

Les résultats principaux sur lesquels s'étaie le diagnostic sont fournis par la palpation et la ponction. Il ne faut pas, au point de vue de la première, s'en tenir aux données actuelles ; dans aucun des cas de Landau il n'existait de fluctuation constatable ; la tumeur était toujours extraordinairement dure au toucher. La ponction peut aussi tromper souvent, car il ne faut pas s'attendre à trouver toujours dans le liquide d'une hydronéphrose des éléments constitutifs de l'urine. Au bout de quelque temps, ces éléments sont résorbés, et on trouve ce même liquide limpide que dans les kystes à échinocoques. Dans deux cas, Landau put démontrer la présence d'éléments urinaires dans le liquide ponctionné, dans un cas il y avait de l'urée, dans l'autre de l'acide urique.

Au point de vue thérapeutique, on peut déjà aujourd'hui, quand même il n'y a pas de règles précises de diagnostic, donner des règles thérapeutiques bien limitées. Landau est déjà l'adversaire de la néphrectomie dans les cas d'hydronéphrose classique ; à plus forte raison l'est-il dans le cas particulier, car on peut espérer, une fois la ponction évacuatrice faite, d'empêcher la réapparition de l'hydronéphrose par flexion de l'uretère, au moyen d'une compression sagement institué ou par le repos au lit, etc.

Au début de l'affection, quand le volume seul du sac kystique est une cause de gêne, on n'a affaire pour ainsi dire qu'à une seconde vessie. Cependant, l'hydronéphrose intermittente peut présenter des dangers, car elle peut se transformer en pyélonéphrite, ou encore devenir définitive d'intermittente qu'elle était. Si dans ces conditions l'autre rein se prend à son tour, la patiente est perdue sans ressources. Il ne faut donc pas reculer devant l'intervention chirurgicale en présence des symptômes alarmants. Il ne faudrait pas cependant songer de suite à la néphrectomie, car on peut aussi tenter de pratiquer une fistule s'ouvrant dans la paroi abdominale. Landau a exécuté ce plan dans un cas, la fistule date de 8 ans et la malade se porte bien. Dans un autre cas la fistule s'est refermée et la malade s'est trouvée délivrée de son hydronéphrose. Le second procédé opératoire correspond à celui que Hahn emploie dans l'opération du rein mobile. Le bassinet est fixé, par des points de suture, dans une position élevée, et de cette façon la descente n'est plus possible. Landau indique enfin une troisième méthode, que deux de ses malades ont appliqué eux-mêmes. Il s'agit d'un massage habilement pratiqué, grâce auquel le sac urinaire se vide dans la vessie : la preuve de cette évacuation fut donnée par le fait, qu'une fois la vessie vidée, les malades pouvaient y chasser encore un litre d'urine environ par les manœuvres du massage.

Cet exposé de Landau a été, comme je l'ai déjà fait ressortir, fort applaudi. L'assemblée émit cependant quelques doutes sur la fréquence de cette affection.

III. — Je voudrais encore vous faire part d'une proposition ayant trait aux organes génito-urinaires : le Dr J. Heddaens, de Idar, recommande dans le cas de *rétention d'urine* de procéder à l'évacuation de l'urine sans cathéter par des manœuvres manuelles ; commençons par la description de la méthode.

Le malade est sur le dos, les jambes relevées ; si les jambes sont paralysées, un aide les maintient dans cette position. L'opérateur se place d'un côté du lit, le visage tourné vers celui du patient, place la main droite sur le côté gauche, et la gauche sur le côté droit, dans la région hypogastrique et près de la ligne médiane : les deux pouces, dirigés l'un vers l'autre, reposent sur la symphise ; les autres doigts vont recouvrir la vessie distendue en passant par-dessus le sommet de l'organe, et par une pression continue dirigée de haut en bas et d'avant en arrière, les doigts cherchent à se rapprocher toujours des pouces, en se refermant peu à peu. Cette pression s'exerce sur le col de la vessie, et l'urine s'échappe du canal de l'urèthre, souvent en un fort jet. Si la vessie est en partie vidée, il faut reprendre la manœuvre bimanuelle ; on reconnaîtra à ce moment plus facilement les contours de la vessie, et la direction de la pression sera plus conforme à la position des organes.

Heddaens propose une seconde méthode : on tourne le dos au malade et on place la main droite à droite, la gauche à gauche de la ligne médiane, le bord cubital de la main placé le long du ligament de Poupart. Les extrémités des doigts, regardant les uns vers les autres, arrivent au-dessus de la symphise, et les deux pouces enserrent le sommet de la vessie distendue : les deux pouces sont, dans ce cas, chargés des manœuvres de pression décrites plus haut. Dans cette seconde méthode, considérée comme plus pratique par Heddaens, les pouces ont à fournir le plus grand travail. On peut alternativement se servir des deux procédés et éviter ainsi une fatigue trop grande. Si le sphincter anal est paralysé en même temps, il y a expulsion de gaz pendant les manœuvres.

La méthode, si elle est pratique, serait indiquée dans tous les cas où on emploie la sonde actuellement. Si la vessie est par trop distendue, il faut agir avec prudence et recourir plutôt au cathéter, car une rupture de la vessie serait à craindre. Les affections inflammatoires de la région, l'hyperesthésie, la grossesse, constitueraient des contre-indications. La méthode peut être d'application difficile ou impossible chez les obèses, dans les cas de tumeurs de l'abdomen, etc. Les cas où elle sera de grande utilité sont ceux de parésie provoquée par exemple par une affection médullaire avec parésie des parois abdominales. Même dans les cas de parésie du sphincter, ce procédé a de la valeur, car la vessie ne se vide alors jamais complètement. L'avenir nous apprendra si l'on peut chercher à vaincre par ce procédé la contracture du sphincter et si l'on peut se permettre ces manœuvres dans ce dernier cas.

L'opération présente de grands avantages sur le cathétérisme, car elle est indolore et sans danger. Il pourra aussi être facile d'initier à ces manœuvres un aide, et de cette façon l'évacuation urinaire sera faite avec plus de régularité et de fréquence que dans les cas où l'on emploie la sonde, car ici le médecin doit toujours opérer lui-même ou au moins assister à l'opération. Aucun instrument n'entrant dans la vessie, l'urine ne se décomposera pas ; on sait que malgré les soins antiseptiques les plus minutieux, le cathétérisme donne parfois lieu à des accidents de ce genre.

Veuillez agréer, etc. Dr Léopold Casper.

Asiles d'aliénés de la Seine. — *Concours de l'internat en pharmacie.* — Le jury de ce concours, dont la date est fixée au 26 courant, est ainsi composé : MM. Thabins, pharmacien de l'asile de Vaucluse ; Héret, pharmacien de l'hospice d'Ivry ; Lutz, pharmacien de l'hôpital Saint-Louis ; Bourgoin, directeur de la pharmacie centrale des hôpitaux, et Vigier, pharmacien à Paris.

VARIA

Concours pour les places de médecins adjoints des asiles d'aliénés

L'arrêté ministériel qui organise ce concours que nous avons publié dans le numéro du 15 septembre dernier (page 214) et au sujet duquel nous avons présenté un certain nombre de remarques dans le numéro du 13 octobre (page 255), vient d'être l'objet de la part de M. le docteur Laborde, d'un article très intéressant, inséré dans la *Tribune Médicale* du 11 novembre. Après avoir critiqué la complexité de cette organisation, la fixation de la limite d'âge à 30 ans, l'exclusion des internes des hôpitaux, issus du concours, et qui n'auraient pas passé une année dans les asiles ou les hospices d'aliénés et relevé la bizarrerie de l'article 4, d'après lequel un médecin adjoint nommé au concours, devra subir un nouveau concours, s'il n'a pas été pourvu d'un emploi dans un délai de six ans, il s'attache à démontrer que l'article 8 renferme « le dispositif le plus inadmissible à tous les points de vue. » Avant de reproduire ces critiques, nous alllons placer de nouveau cet article 8 sous les yeux de nos lecteurs.

« Ne sera pas soumis aux épreuves du concours institué par le présent arrêté le chef de la clinique des maladies mentales organisée à l'asile Sainte-Anne, lorsqu'il sera chargé des fonctions de médecin adjoint dans cet établissement, conformément à la disposition des articles 3 et 4 de l'arrêté ministériel du 8 octobre 1879. »

« Rien ne saurait justifier, dit M. Laborde, une pareille exception, qui crée un favoritisme absolument et fondamentalement contraire au but et au principe même du concours. Qui dit « concours » dit égalite dans la candidature à ce concours sans exclusion, ni exception préalables, dès le moment que sont remplies les conditions règlementaires de cette candidature; et qui dit « concours » dit aussi nomination uniquement et exclusivement déterminée par le jugement issu de ce concours; jugement qui ne peut s'appliquer, en conséquence, qu'à ceux qui ont pris part aux épreuves: c'est donc une anomalie, plus que cela, une infraction à la logique et un non-sens, et plus encore, un déni de justice à l'égard des concurrents, que de choisir, arbitrairement, en dehors d'eux, et de désigner un titulaire de la place donnée au concours, quels que soient, d'ailleurs, les merites et les titres de ce favori. Ces raisons de *principe* suffiraient, à elles seules, pour juger la question; mais bien d'autres arguments de fait viennent s'y ajouter et les corroborer.

« Pense-t-on qu'avec la perspective de voir attribuer à peu près constamment à des candidats exceptionnels, et hors concours, les places de médecins adjoints des asiles de la Seine, les internes des hôpitaux, anciens internes de Bicêtre et de la Salpêtrière, se résoudront facilement et de gaieté de cœur, à prendre part à ce concours batard et décevant? l'on s'expose, par là, à manquer de candidats, par exclusion, en quelque sorte, préalable.

« D'un autre côté, et sans vouloir mettre en jeu les personnes, il est à remarquer, d'après les resultats des concours antérieurs, au nombre de trois, que ce sont précisément les *chefs de clinique* qui ont constamment échoué ; ce qui n'est pas pour justifier l'exception dont les gratifie le décret.

« Si l'on veut conserver à l'institution du concours sa véritable signification, il est indispensable de n'en point compromettre le principe, par des dispositions exceptionnelles qui le faussent absolument; mieux vaut n'y point recourir, et user de l'arbitraire, ouvertement, sans dissimulation et sans masque; ou bien s'adresser au simple concours *sur titres* qui permet, jusqu'à un certain point, des choix autorisés, du moins en apparence. Nous avons exprimé plus haut la surprise de voir un projet si peu.... pondéré sortir des délibérations d'une Commission composée d'hommes compétents, parmi lesquels il nous suffira de citer notre ami Bourneville, à la fois président et rapporteur de la Commission (1), dont les efforts incessants tendent à pousser à l'amélioration progressive, dans le sens le plus libéral, de nos institutions d'assistance publique, et qui est certainement le promoteur de l'établissement du concours dont il s'agit........

« Toujours est-il, conclut M. le docteur Laborde, que le décret en question demande à être sérieusement revisé; et que l'article 8, en particulier, n'y peut être maintenu, sans porter une atteinte profonde au principe du concours, et aux intérêts généraux, dont il doit être la sauvegarde. »

L'administration a reconnu le bien fondé d'une partie de ces critiques. Le *Journal officiel* du 19 novembre contient un arrêté qui modifie la condition relative à la limite d'age, et qui admet à concourir les internes des hôpitaux nommés par le concours; malheureusement, il laisse entier l'article 8, sur lequel nous serons encore forcé, malheureusement, de revenir. Voici les deux nouveaux arrêtés.

Le président du Conseil, ministre de l'intérieur : — Sur la proposition du directeur de l'Assistance publique; — Vu la loi du 30 juin 1838, l'ordonnance du 18 décembre 1839 et les décrets des 6 juin 1863 et 4 février 1875; — Vu l'arrêté ministériel du 18 juillet 1888 instituant un concours pour l'admissibilité aux emplois de médecins-adjoints des Asiles publics d'aliénés, Arrête :

ART. 1er. — Les docteurs en médecine nommés par la voie du concours internes dans les hôpitaux sont assimilés aux internes des Asiles d'aliénés, et comme tels admis à prendre part, sous les mêmes conditions, aux concours institués par l'arrêté ministériel susvisé du 18 juillet 1888 pour l'admissibilité aux emplois de médecins-adjoints des Asiles publics d'aliénés.

ART. 2. — Le Directeur de l'Assistance publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Paris, le 24 octobre 1888. Pour le président du Conseil, ministre de l'intérieur, Le sous-secrétaire d'Etat : Léon BOURGEOIS.

Le président du Conseil, ministre de l'intérieur, — Sur la proposition du Directeur de l'Assistance publique, — Vu la loi du 30 juin 1838, l'ordonnance du 18 décembre 1839 et les décrets des 6 juin 1863 et 4 février 1875; — Vu l'arrêté ministériel du 18 juillet 1888 instituant un concours pour l'admissibilité aux emplois de médecins-adjoints des Asiles publics d'aliénés, et notamment l'article 3, § 3 de ce décret fixant à 30 ans l'age maximum auquel les candidats seront autorisés à y prendre part ;

Considérant que, pour les concours à ouvrir en 1888, il convient de tenir compte aux docteurs en médecine du stage qu'ils peuvent avoir accompli comme internes en vue de l'obtention d'un emploi de médecin-adjoint, alors qu'aucune condition d'age n'était exigée, — Arrête :

ART. 1er. — Pourront, à titre transitoire et purement exceptionnel, être autorisés à prendre part au premier concours d'admissibilité aux emplois de médecins-adjoints des Asiles publics d'aliénés qui doit avoir lieu en 1888 par application de l'article 4 de l'arrêté ministériel du 18 juillet 1888 susvisé, les docteurs en médecine remplissant les conditions, autres que celle de l'age, déterminées par ledit arrêté, et qui, au jour de l'ouverture du concours n'auront pas dépassé l'age maximum de 35 ans.

ART. 2. — Le Directeur de l'Assistance publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 19 octobre 1888. — Pour le président du Conseil, ministre de l'intérieur, — Le sous-secrétaire d'Etat :

Léon BOURGEOIS.

Par application de l'article 4, § 1er de l'arrêté ministériel du 18 juillet 1888, un premier concours en vue de l'admissibilité aux emplois de médecins-adjoints des Asiles publics d'aliénés aura lieu à Lyon, Lille et Bordeaux, le 20 décembre prochain, et à Paris, Nancy et Montpellier, le 26 décembre prochain ; le concours sera ouvert dans chacune des régions indiquées par le tableau annexé audit arrêté. (Voir le numéro du *Progrès médical* du 15 septembre).

Les docteurs en médecine satisfaisant aux conditions déterminées par les arrêtés des 18 juillet et 24 octobre 1888 et qui désirent prendre part au concours devront faire parvenir leur demande sur papier timbré, au ministère de l'intérieur, direction de l'Assistance publique, avant le 1er décembre prochain.

Cette demande, qui devra indiquer dans quelle région le candidat veut subir le concours, sera accompagnée des pièces ci-après : 1° Acte de naissance; — 2° Un certificat constatant que le candidat a accompli un stage d'une année au moins, soit comme interne dans un Asile public ou privé consacré au traitement de l'aliénation mentale, soit comme interne nommé au concours dans un hôpital ; — 3° Diplômes, états de services, distinctions obtenues.

En vertu d'une décision ministérielle spéciale du 19 octobre, les docteurs en médecine agés de plus de 30 ans, mais remplissant les autres conditions prescrites par l'arrêté du 18 juillet 1888, pourront, par exception, être admis à prendre part au concours du 20 ou du 26 décembre prochain, pourvu qu'à cette date ils n'aient pas dépassé l'age de 35 ans.

Les candidats qui seront autorisés par le président du Conseil, ministre de l'intérieur, à prendre part au prochain concours, en seront prévenus officiellement en temps utile et recevront également les indications nécessaires au sujet du lieu où siégera le jury d'examen et de l'heure à laquelle ils devront se présenter.

Assurément, nous sommes très heureux de voir réalisée une réforme que nous avons réclamée si souvent et nous ne pouvons que féliciter M. Léon Bourgeois de ce qu'il a fait, tout en regrettant l'anomalie de l'article 8. Il est aussi fâcheux qu'un délai s

(1) Nous publierons prochainement notre rapport afin de dégager entièrement notre responsabilité (B.)

court, un mois, soit donné aux candidats pour se préparer. Malgré cette situation fâcheuse, nous espérons que le concours donnera des résultats meilleurs que la nomination directe.

Laïcisation des établissements de bienfaisance de l'État : Asile de convalescence du Vésinet, Institution des sourds-muets, hospice des Quinze-Vingts, Institution des Jeunes Aveugles.

Dans la séance du Conseil municipal du 26 novembre 1884, M. Després disait :

« Eh ! Messieurs, voulez-vous me dire ce que font à la Chambre MM. Sigismond Lacroix, Bourneville et Lafont ! Le savez-vous ? Ils sont députés et ne parlent pas de la laïcisation. Il n'y a pas de Chambre républicaine qui les aurait suivis.

« L'Etat a cependant des hopitaux et des hospices sous sa direction, ceux de la marine par exemple. Ils n'ont pas osé proposer le renvoi des sœurs des hôpitaux de l'Etat. »

M. Després était mal renseigné : ni mes amis Sigismond Lacroix et Lafont, ni moi, nous n'avons jamais perdu de vue la réforme de la laïcisation des hôpitaux complément indispensable de la laïcisation des écoles et que nous considérons comme une réforme essentiellement républicaine et sociale.

Le 17 décembre 1884, nous avons posé la question de la laïcisation des établissements de bienfaisance de l'Etat et nous avons demandé que l'on commençât par les asiles de convalescence de Vincennes et du Vésinet. Nous avons également demandé la laïcisation de la Maison nationale de Charenton.

Plus tard, M. Després est revenu à la charge en déclarant que la Chambre des députés avait fait justice de ces propositions (*Bulletin municipal,* 11 juin 1887), M. Després s'imaginait sans doute que nous nous tenions pour battu. Loin de là ; nous n'avons jamais cessé d'agir et aujourd'hui, après avoir rappelé que l'Asile national de convalescence de Vincennes a été laïcisé le 1er septembre 1888, nous avons le plaisir d'apprendre à M. Després que l'*Institution des sourds-muets* sera laïcisée le 6 décembre prochain ; que l'*hospice des Quinze-Vingts* sera laïcisé au commencement de février 1889 ; que l'*Asile national du Vésinet* sera laïcisé le 13 février, et l'*Institution des Jeunes Aveugles,* le 18 du même mois. Enfin nous espérons voir laïciser peu après l'*Asile national de Charenton*... et la réforme ne s'arrêtera pas là. B.

Assistance des Enfants idiots.

Dans sa session d'août dernier, le Conseil général de la Dordogne, sur la proposition de MM. les Drs Gadaud, Pourteyron, Clament, a émis un vœu tendant à ce qu'il soit créé des Asiles spéciaux pour les enfants idiots et arriérés. Nous enregistrons cette nouvelle avec la plus vive satisfaction, car elle démontre que la réforme sur laquelle nous avons insisté tant de fois et dans bien des circonstances, a fini par fixer l'attention et finira par aboutir.

Encore le baron Sellière.

« Nous avons annoncé il y a quelques jours, dit le *Temps* du 21 novembre, le retpur en France du baron Raymond de Sellière. Accompagné d'un médecin américain, il était descendu à l'hôtel Chatham, 17, rue Daunou. C'est de là qu'il est parti dimanche matin pour être conduit dans une maison de santé dirigée par M. le Dr Saury et nommée le château de Suresnes, quai de Suresnes, 23. »

Il s'agit là de ce malheureux aliéné dont l'internement a provoqué l'an dernier, dans les journaux politiques, des attaques si passionnées et si injustes contre des médecins d'une honorabilité incontestable, et en particulier contre M. le Dr J. Falret. Durant son séjour aux Etats-Unis, le baron Sellière a dû être interné dans un Asile.

Ecole de médecine militaire. — Chaire de Bactériologie.

L'Ecole de médecine militaire du Val-de-Grâce s'est enrichie d'un enseignement nouveau qui complète d'une manière très heureuse ses moyens d'instruction et témoigne une fois de plus de l'excellent esprit qui préside à l'éducation de nos futurs médecins d'armée. Déjà cette Ecole était dotée de cours spéciaux que pourraient justement lui envier nos Facultés de médecine ; elle y ajoute aujourd'hui celui de la bactériologie en lui réservant une large place dans ses programmes officiels. Un laboratoire de bactériologie, vaste et bien pourvu, est en voie d'achèvement. Les méthodes microbiennes dans leurs applications à la médecine y seront enseignées, non seulement aux jeunes docteurs qui accomplissent leur stage, mais encore aux médecins militaires de tout grade qui désireront se familiariser avec une science dont l'indispensable utilité n'est plus à établir. Nos confrères de l'armée pourront donc à l'avenir, sur leur demande, et, à tour de rôle, y suivre des cours pratiques sur la technique de la microbiologie.

Cette heureuse innovation est due à l'initiative éclairée de l'éminent directeur du Val-de-Grâce, M. l'inspecteur Gaujot, puissamment aidé dans cette voie par le sympathique directeur du service de santé au ministère de la guerre, M. l'inspecteur Dujardin-Beaumetz, dont l'esprit est toujours ouvert aux progrès à réaliser. Celui que nous signalons fait le plus grand honneur à ceux qui l'on conçu et poursuivi, non moins qu'au ministre qui en a facilité l'accomplissement par des largesses auxquelles l'Ecole du Val-de-Grâce n'était plus accoutumée.

Si nous en croyons nos renseignements, ce n'est là qu'une première étape. Bientôt le laboratoire d'hygiène du Val-de-Grâce, déjà si riche, sera mieux pourvu encore de toutes les ressources nécessaires à un enseignement aussi important et les médecins militaires éloignés des centres d'instruction pourront y venir parfaire leurs connaissances. Puis les amphithéâtres d'anatomie s'ouvriront de même et deviendront accessibles à tous pour des exercices de médecine opératoire. En un mot, l'Ecole du Val-de-Grâce ne sera plus seulement une Ecole d'application, mais encore une Ecole de perfectionnement au sens propre du mot ; il restera à l'honneur des directeurs actuels du service de santé, au ministère de la guerre et de l'Ecole du Val-de-Grâce, d'avoir préparé et réalisé le grand progrès.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 26. — (Epreuve pratique) Médec. operat. : MM. Guyon, Bouilly, Reclus. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, A. Robin, Reynier. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM Potain, Fournier, Déjerine. — 4e *de Doctorat* : MM. Damaschino, Straus, Chauffard.

MARDI 27. — 2e *de Doctorat,* oral (1re partie) : MM. Duplay, Schwartz, Quénu ; — (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Berger, Raymond. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Grancher, Dieulafoy, Quinquaud. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Panas, Tarnier, Brun ; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Cornil, Ballet. — 3e *d'Officiat* (definitif) (Charité) : MM. Peter, Peyrot, Campenon.

MERCREDI 28. — (Epreuve pratique) Dissect. : MM. Bouilly, Jalaguier, Segond. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Potain, A. Robin, Chauffard ; — (2e *Série*) : MM. Hayem, Fournier, Landouzy.

JEUDI 29. — 1er *d'Officier de santé* (Définitif) : MM. Laboulbène, Berger, Quénu. — 2e *de Doctorat,* oral (1re partie) : MM. Le Fort, Panas, Schwartz ; — (2e partie) : MM. G. Sée, Mathias-Duval, Joffroy. — 3e *de Doctorat,* oral (1re partie) : MM. Duplay, Peyrot, Brun. — 4e *de Doctorat* : MM. Brun, Cornil, Hutinel.

VENDREDI 30. — 1er *de Doctorat* : MM Regnauld, Gautier, Blanchard. — 2e *de Doctorat,* oral (1re partie) : MM. Guyon, Damaschino, Segond ; — 2e partie : MM. Ch. Richet, Straus, Reynier. — 3e *de Doctorat,* oral, (1re partie) (1re *Série*) : MM. Trélat, Reclus, Budin ; — (2e *Série*) : MM. Bouilly, Jalaguier, Ribemont-Dessaignes. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Fournier, Brissaud, Déjérine ; — (2e *Série*) : MM. Potain, Hayem, Landouzy.

SAMEDI 1er. — (Epreuve pratique) Médec. operat. : MM. Duplay, Berger, Quénu. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Laboulbène, Mathias-Duval, Campenon. — 3e *de Doctorat,* (2e partie) : MM. Dieulafoy, Hanot, Hutinel. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Panas, Maygrier, Schwartz ; — (2e partie) : MM. Cornil, Lancereaux, Raymond.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mercredi 28. — M. Breitmann. Contribution à l'étude de l'écholalie, de la coprolalie et de l'imitation des gestes chez les dégénerees. — M. Chauveau. Les hernies inguinales congénitales. — M. Chauvet. De la diarrhee matinale. — M. Bassin. Recherches cliniques sur l'alcoolisme chronique tendant à la démence. — *Jeudi* 29. — M. Fesquet. Contribution à l'etude de l'approvisionnement d'eau de boisson. — M. Couturier. Des rapports de la chlorose avec la dilatation de l'estomac. — M. Gilles. De la double forme plus spécialement considerée dans ses rapports avec la paralysie generale. — M. Zaldivar. De la nature hystérique de la Tétanie.

Enseignement médical libre.

Cours des maladies des oreilles. — M. le Dr CALMETTES commencera le lundi 26 novembre à 8 h. du soir à l'École pratique, un cours de maladies d'oreilles et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Cours élémentaire de clinique oculaire. — M. le Dr LANDOLT fera un cour destiné a initier MM. les Etudiants à l'étude des maladies des yeux et spécialement à leur diagnostic. Le cours commencera le mercredi 28 novembre a une heure, rue St-André-des-Arts, 27, et sera continué tous les mercredis à la même heure.

Cours d'ophthalmologie (Ecole pratique). — M. le Dr GORECKI commencera son cours sur les maladies des yeux le lundi 19 novembre à six heures du soir, amphithéâtre no 1, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. Ce cours élémentaire sera complet en quinze leçons. 1re leçon : Anatomie comparée de l'œil dans la série animale : 2e Maladies de la conjonctive ; 3e Cornée, sclérotique, kératites ; 4e Iris, iritis, irido-choroïdites ; 5e Cristallin, cataractes ; 6e Ophthalmoscopie, examen du fond de l'œil ; 7e Choroïde, choroïdites ; 8e Corps vitré, glaucome ; 9e Rétine, rétinites, décollement; 10e Nerf optique, amauroses ; 11e Réfraction, accommodation, myopie ; 12e Hypermétropie, presbyopie, artigmatisme ; 13e Voies lacrymales ; 14e Muscles de l'œil, strabisme, diplopie ; 15e Résumé et méthode à suivre dans l'exploration de l'œil en vue du diagnostic. Les élèves inscrits recevront, autant que possible, une feuille autographiée contenant le programme de la leçon. Ce cours sera complété par une leçon clinique faite a la clinique du Dr Gorecki, 16, rue Dauphine, le jeudi à une heure. On s'inscrit tous les jours à la clinique ou à l'Ecole pratique au moment du cours.

INSTRUMENTS ET APPAREILS.

Spéculum amovo-inamovible et béquille (1);

par le Dr Eugène BOUREAU (de Paris).

Les gynécologistes qui se sont servis des spéculums plus ou moins ingénieux, imaginés jusqu'à ce jour, ont pu se rendre compte que le meilleur spéculum, ou, pour mieux dire, le moins défectueux des spéculums, est la valve de Sims associée à un écarteur. Le seul reproche applicable à cet outillage est la nécessité absolue d'avoir un ou deux aides à sa disposition. Cet inconvénient est très grand dans la clientèle privée ; c'est pourquoi le Cusco ou ses modifications sont si en faveur encore à notre époque. Pénétré de ce désavantage, pour l'avoir constaté souvent, je me suis mis à la recherche d'un nouvel appareil présentant tous les avantages du Sims et évitant ses inconvénients.

J'ai donc imaginé le spéculum que j'ai baptisé du nom de Spéculum amovo-inamovible et dont voici la description. (*F* 53).

Appareil. — Il se compose d'une branche d'étau A qui sert à le fixer sur une table ou sur une planche quelconque placée sous le siège de la malade. A la partie supérieure de cet étau est placée une glissière dans laquelle on peut faire avancer ou reculer la tige Bc et la fixer au moyen d'une vis D ; sur cette tige vient s'articuler la tringle cylindrique E F qui supporte l'appareil proprement dit. Cette tringle peut être inclinée plus ou moins comme le montre la flèche *a*; elle est maintenue en position par la vis Cx.

La valve de Sims, S, est montée comme on le voit sur le dessin ci-joint. Elle peut prendre autour du point L un mouvement de rotation suivant la flèche *b*; ce pivot lui-même maintenu par la pièce KJ, peut suivre le mouvement indiqué par la flèche c. Enfin la tringle IH peut se mouvoir dans le sens indiqué par la flèche *d*. Lorsqu'on a donné à la valve de Sims la position et l'inclinaison voulues, on fixe l'ensemble au moyen des vis M N. L'écarteur s'est monté de la même manière que la valve de Sims S ; on peut lui imprimer les mêmes mouvements et inclinaisons, comme il est facile de s'en rendre compte sur le dessin. Les mêmes lettres (avec prime) suffisent pour montrer la ressemblance entre la partie supérieure de l'appareil et la partie inférieure. Les tiges I H' et I' H'', peuvent, outre le mouvement horizontal, suivant les flèches *d d'*, être animées d'un mouvement vertical. On peut les éloigner ou les rapprocher l'une de l'autre, et, par suite, régler à volonté la distance entre la valve et l'écarteur.

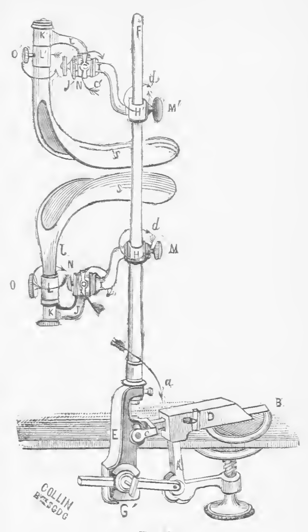


Fig. 53.

Application de l'appareil. — On fixe l'étau A à 7 centimètres environ du milieu du bord de la table à spéculum ; la tringle E F est rabattue verticalement, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par la figure I. La malade se couche sur la table

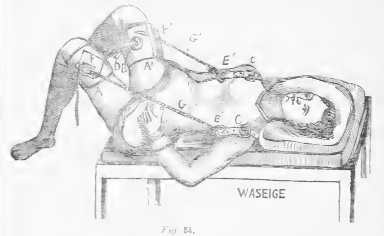


Fig 54.

dans la position gynécologique. On relève la tringle et on la fixe au moyen de la vis D dans la situation indiquée sur la même figure ; cette tige s'appuie légèrement sur la cuisse gauche de la malade, à quelques centimètres de la vulve. De la main gauche on saisit la valve de Sims S montée sur les tringles KJ

(1) Instruments présentés à la Société de chirurgie de Paris le 7 novembre 1888, par M. Pozzi, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

et IH ; on la fait pénétrer dans le vagin ; on abaisse la paroi postérieure du conduit génital et on le maintient dans cette position par les vis M et N. On agit de même avec l'écarteur S' et on met ainsi le col à découvert. La valve et l'écarteur, étant indépendants l'un de l'autre, peuvent être enfoncés plus ou moins. En retirant l'écarteur suffisamment, il est possible d'abaisser l'utérus avec une pince à traction, ce qui facilite dans les cas de flexion utérine l'introduction de tentes dilatatrices.

Avec cet appareil, la recherche du col n'est jamais pénible, ni infructueuse; le cathétérisme se fait sans la moindre difficulté et les interventions vaginales et utérines deviennent d'une facilité surprenante, son application ne détermine aucune gêne, aucune douleur. Ce speculum jouit, en effet, d'une certaine mobilité; c'est pourquoi il suit la femme dans les mouvements toujours limités que celle-ci peut faire, ainsi que le poisson au bout d'une ligne. Le très grand avantage de cet instrument est de mettre l'opérateur ou le praticien à son aise, de lui permettre de disposer de ses deux mains, de se déplacer au besoin, et, enfin : de faire tout sans être aidé par qui que ce soit. Avec un seul aide qui administre le chloroforme quand on juge l'anéthésie nécessaire, on peut pratiquer le curage utérin et diverses opérations sur le col (opérations de Schraeder, de Martin, d'Emmet, amputation et cautérisations du col, etc.). Dans ces cas on se sert, pour maintenir la malade dans la position gynécologique d'un autre appareil de mon invention présenté par la figure 54.

Il se compose de deux cuissards A et A', reliés entre eux par une tringle à coulisse B sur laquelle est adaptée une vis à pression D, et d'une épaulière C C.' L'épaulière et les cuissards sont réunis par deux ficelles G G'. Une extrémité de ces ficelles est fixée à un anneau EE', l'autre bout glisse dans un système de bascules F F'.

Ce système, aussi simple qu'utile, est d'une solidité parfaite et il ne gêne nullement la respiration du patient.

Remarque. — J'ai fait construire également une pièce spéciale qui s'adapte à la même monture que l'écarteur S' et qui est destinée à maintenir la ou les pinces à traction appliquées sur le col. Enfin un quatrième instrument d'une grande simplicité aussi permet à l'occasion d'écarter à volonté les parois latérales du vagin.

Le spéculum et ses accessoires ont été construits par M. Collin; M. Wasseige a construit la béquille,

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 11 nov. 1888 au samedi 17 nov. 1888, les naissances ont été au nombre de 1079, se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 409 ; illégitimes, 163. Total, 572. — *Sexe féminin :* légitimes, 392 ; illégitimes, 115. Total, 507.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 11 nov. 1888 au samedi 17 nov. 1888, les décès ont été au nombre de 873, savoir : 451 hommes et 422 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 3, F. 8. T. 11. — Variole : M. 3, F. 3, T. 6. — Rougeole : M. 5, F. 8. T. 13. — Scarlatine : M. 0, F. 1, T. 1. — Coqueluche : M. 0, F. 2. T. 2. — Diphthérie, Croup : M. 12 F. 16, T. 28. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 98, F. 56. T. 154. — Autres tuberculoses : M. 11 F. 8. T. 19. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 5. T. 5. — Tumeurs malignes : M. 17, F. 24. T. 41. — Méningite simple : M. 12, F. 18, T. 30. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 21, F. 20. T. 41. — Paralysie M. 1, F. 2. T. 3. — Ramollissement cérébral : M. 1, F. 7. T. 8. — Maladies organiques du cœur : M. 30, F. 34. T. 64. — Bronchite aiguë : M. 13, F. 13 T. 26. — Bronchite chronique : M. 17, F. 18. T. 35. — Broncho-Pneumonie : M. 13, F. 6. T. 19. — Pneumonie : M. 20. F. 29. T. 49. — Gastro-entérite, biberon : M. 21, F. 19. T. 40. — Gastro-entérite, sein : M. 7, F. 4. T. 11 — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 3, F. 3. T. 6. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3. T. 3. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 11. F. 9, T. 20. — Sénilité : M. 3, F. 21. T. 24. — Suicides : M. 21, F. 3, T. 27. — Autres morts violentes : M. 6. F. 0. T. 6. — Autres causes de mort : M. 98. F. 74. T. 172. — Causes restées inconnues : M. 4, F. 4, T. 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 88, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 27, illégitimes, 15. Total : 42. — *Sexe féminin :* légitimes, 30; illégitimes, 16. Total : 46.

Faculté des sciences de Paris. — Un congé, pendant l'année scolaire 1888-1889, est accordé, sur sa demande, à M. Godard, préparateur du laboratoire d'enseignement de la physique à la Faculté des sciences de Paris.

Faculté des sciences de Besançon. — M. Maldiney, licencié ès sciences physiques, délégué dans les fonctions de préparateur de physique, est nommé préparateur de physique à ladite Faculté.

Faculté des sciences de Lyon. — M. Dépéret, docteur ès sciences, chargé d'un cours de géologie et minéralogie à la Faculté des sciences de Marseille, est nommé, en la même qualité, pendant l'année scolaire 1888-1889, à la Faculté des sciences de Lyon.

Faculté des sciences de Marseille. — M. Vasseur, docteur ès sciences, préparateur à la Faculté des sciences de Paris, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1888-1889, d'un cours de géologie et minéralogie à ladite Faculté, en remplacement de M. Dépéret, nommé à la Faculté des sciences de Lyon.

Faculté de médecine de Paris. — *Cours de clinique chirurgicale* (Hotel-Dieu). M. Kirmisson, agrégé chargé du cours, commencera le cours de clinique chirurgicale, le samedi 1[er] décembre 1888, à 10 heures du matin. Visite des malades tous les matins à 9 heures.

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — M. Roux est maintenu, pendant l'année scolaire 1888-1889, dans les fonctions de préparateur des travaux pratiques de chimie. — M. Manseau, bachelier ès sciences, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1888-1889, préparateur du cours de chimie, en remplacement de M. Bonnans, démissionnaire.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon. — M. Amiel, est nommé, pour l'année scolaire 1888-1889, préparateur d'anatomie à ladite Faculté. — Ont été nommés pour deux ans, à partir du 16 novembre 1888. : *Chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques,* M. Désir de Fortunet, docteur en médecine, en remplacement de M. Eraud, dont le temps d'exercice est expiré ; *Chefs de clinique médicale* : MM. Mousset et Roque, docteurs en médecine, en remplacement de MM. Leclerc et Josserand, dont le temps d'exercice est expiré.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Guy est maintenu, pendant l'année scolaire 1888-1889, dans les fonctions d'aide préparateur du laboratoire d'hygiène. — M. Carrieu, agrégé des Faculté de médecine, est nommé professeur de pathologie interne. — M. Paulet, docteur en médecine, est nommé professeur d'anatomie. — M. Cassagni, bachelier et ès lettres et ès sciences restreint, est nommé pour l'année scolaire 1888-1889, aide de médecine opératoire, en remplacement de M. Teulon, démissionnaire.

Ecole de médecine et de pharmacie d'Amiens. — M. Wallet est maintenu, pour trois ans, à partir du 18 décembre 1888, dans les fonctions de chef des travaux physiques et chimiques.

Ecole de médecine et de pharmacie de Marseille. — M. Peral est chargé des fonctions de préparateur des chaires d'histoire naturelle, de physique et matière médicale, en remplacement de M. Oullie démissionnaire. — M. Gourret, est chargé, pour l'année scolaire 1888-1889, des fonctions de suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VIII. N° 48. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 1er DÉCEMBRE 1888.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. **J.-M. CHARCOT.**

La nutrition dans l'hystérie.

I. — LA NUTRITION DANS L'HYSTÉRIE NORMALE;

par **GILLES DE LA TOURETTE**, chef de clinique des maladies du système nerveux et **H. CATHELINEAU**, interne en pharmacie de la Clinique.

I. — Il est une opinion qui parait généralement admise, à savoir que les hystériques ne s'alimentent que très insuffisamment et par contre que leur nutrition générale semble ne pas souffrir, ou tout au moins ne souffrir que très peu de ce défaut d'alimentation. Les troubles digestifs, même les plus accentués qu'ils présentent si souvent n'auraient eux aussi qu'une influence très restreinte, pour ne pas dire nulle sur le bon état permanent de cette nutrition.

On pourrait donc, en prenant les termes extrêmes de la question, émettre la proposition suivante : les hystériques ne mangent pas, et cependant ils vivent, sans maigrir, ce qui est un corollaire obligé de la proposition si elle est exacte.

Ces quelques considérations semblent en effet, nous le répétons, avoir cours dans la science; elles s'appuient du reste, ainsi qu'il était nécessaire, sur un certain nombre de travaux, restreints à la vérité mais dont l'importance n'échappera à personne après l'analyse que nous allons en donner.

Parmi ces travaux, nous devons faire un choix, car aujourd'hui la science est en possession de méthodes exactes d'expérimentation et il nous est permis de devenir plus difficiles que par le passé sur la nature des observations. Nous pouvons et devons exiger des observateurs eux-mêmes l'emploi de méthodes capables de résister à un sérieux contrôle.

Il est très bien de dire, en rapportant un fait, qu'un hystérique ne mange pas, vit et ne maigrit pas, mais il serait beaucoup mieux encore, sinon indispensable, de serrer de plus près la question : de nous donner par exemple, des renseignements exacts sur son mode et, sur la quantité de son alimentation si minime qu'elle soit; de rapporter son poids exact au commencement et à la fin de la période d'expérience, et surtout de nous indiquer, d'une façon suivie, comment se sont comportés les *excreta*, l'urée en particulier.

Ce sont là, il faut bien le dire, des conditions d'expérience, qui semblent avoir bien peu préoccupé les observateurs et, à part d'excellents faits isolés dus à Charcot (1) et à Bouchard (2) qui seront analysés dans des notes ultérieures, il nous faut arriver en 1876, à la thèse de M. Empereur : *Essai sur la nutrition de l'hystérie*, pour voir se grouper un important faisceau d'observations dont les conclusions paraissent avoir acquis droit de cité dans la science. Hâtons-nous d'ajouter d'ailleurs que jusqu'à maintenant, ce travail est resté isolé, ce qui fait déjà pressentir que la bibliographie relative au sujet est extrêmement restreinte.

M. Empereur s'est posé la question suivante qu'il a parfaitement formulée en ces termes (p. 5.) : « Les fonctions de digestion, de sécrétion et d'excrétion urinaires, de circulation, de respiration, s'opèrent-elles chez les hystériques comme chez le type normal; en un mot, les hystériques assimilent-elles et désassimilent-elles comme lui? » La réponse ne se fait pas attendre (p. 22) :

« Les hystériques ont les mouvements nutritifs très ralentis : nous établirons plus tard que l'assimilation chez elles ne se fait pas parce que la désassimilation n'a pas lieu ».

Ce qu'il paraphrase, ainsi qu'il suit, un peu plus loin, (p. 38), en parlant, comme corollaire de la conservation de l'embonpoint.

« Il y a deux manières de conserver son embonpoint. L'une qui consiste à réparer par l'alimentation les pertes que nous subissons par le travail, l'autre, qui est de beaucoup la plus économique et qui consiste à n'éprouver aucune perte et à n'avoir par conséquent rien à réparer. La première condition ne peut être réalisée par les individus qui ont une désassimilation active, en même temps qu'ils se trouvent dans l'impossibilité d'assimiler, puisqu'ils n'ingèrent aucun aliment ils tombent dans la consomption ; et, de cette catégorie, se trouvent un grand nombre de malades, mais surtout ceux qui sont affectés de quelques lésions graves de l'œsophage ou de l'estomac. La deuxième condition est, au contraire admirablement observée par les hystériques, qui ne subissant pas ou peu de pertes matérielles, ne sont point dans la nécessité de subvenir, chaque jour, aux dépenses de leur organisme. Elles ne maigrissent pas parce qu'elles ne déperdent rien, et, ne déperdant rien, il leur est inutile, sinon nuisible de manger; ce quelles ingèrent est du superflu qu'elles doivent rendre sous peine d'en être indisposées, parce qu'elles en seraient surchargées. »

Voilà qui est net. Eh, bien, nous devons le dire immédiatement, nous nous élevons de toutes nos forces. après expériences, contre de semblables conclusions qui feraient des hystériques des êtres absolument à part dans la série naturelle, bien au-dessous encore des animaux hibernants, puisque M. Empereur a nettement constaté qu'il n'existait pas chez ces malades d'hypothermie « leur température étant même un peu au-dessus de la normale ».

Une première question se pose aussitôt : comment cet auteur fort consciencieux, a-t-il expérimenté pour obtenir de semblables résultats : « En étudiant l'état du sang, mais surtout en comparant d'une part les matériaux qui sont introduits dans l'économie, et d'autre part ceux qui en sont rejetés soit par le tube digestif, soit par les conduits urinaires, soit par les voies respiratoires. »

Les procédés d'expérience sont excellents et fort complets, plus complets que les nôtres puisque nous nous sommes bornés à la seule étude des matériaux ingérés, et des *excreta* urinaires.

L'étude des excreta respiratoires nécessitait des connaissances et des outillages que nous ne possédions pas, mais il nous restait la ressource de comparer nos expériences sur les excreta urinaires à celles instituées par M. Empereur. Or, comme les résultats obtenus par cet

(1) *De l'ischurie hystérique*. Leçons sur les maladies du système nerveux, t. I, p. 277. — Les recherches de M. Charcot datent de 1871.

(2) *Vomissements incoercibles dans l'hystérie* ; in *Mouvement médical*, juillet 1873.

auteur en traitant les excreta respiratoires sont corrélatifs de ceux obtenus par l'analyse des urines nous possédions une base fixe de comparaison.

Avons-nous maintenant toutes les données du problème à résoudre? Pas encore, croyons-nous, et c'est justement là que va naître entre M. Empereur et nous une première divergence, divergence considérable et à propos de laquelle nous devons entrer dans quelques considérations.

M. Empereur, nous l'avons dit, s'est proposé d'étudier la nutrition dans l'hystérie. Pour cela, que fait-il? Il analyse les sécrétions chez les hystériques présentant des désordres digestifs que l'on sait si variés : troubles mécaniques et chimiques de la digestion — nous le suivons — hémoptysies et hématémèses, vomissements bilieux et glaireux, fécaloïdes, alimentaires; puis, il passe aux troubles urinaires et respiratoires.

A ces perturbations, il consacre 158 pages sur les 161 que comporte son intéressant travail, et il arrive ainsi aux conclusions que nous avons précédemment formulées.

Ce mode d'expérimentation, nous semble tout à fait défectueux et pêcher radicalement par la base. N'est-il pas nécessaire, en effet, de connaître la nutrition de l'homme sain avant d'étudier celle de l'homme malade? Celui qui se livre aux recherches anatomo-pathologiques ne doit-il pas avoir préalablement acquis des notions très précises sur l'anatomie normale des tissus dont il cherche à connaître les altérations?

On nous objectera certainement, et bien vite, que l'hystérie est une maladie, ce que nous ne songeons guère à nier. Mais nous répondrons immédiatement que les manifestations de l'hystérie (dont beaucoup ont été laissées dans l'ombre par M. Empereur), sont assez nombreuses pour constituer une véritable pathologie, la *pathologie de l'hystérie*, ainsi que le dit si bien M. le professeur Charcot. Ces manifestations sont si variées et si différentes les unes des autres que, nous pouvons bien le dire dès maintenant, il résulte de nos recherches que la nutrition pendant l'attaque ou durant l'état de mal n'est nullement identique à celle qui accompagne l'anorexie, les vomissements ou l'anurie hystériques. On présumera peut-être déjà qu'il pourrait être imprudent de généraliser en présence de manifestations morbides toutes particulières. C'est du reste ce que M. Empereur a bien fini par comprendre puisqu'il se décide enfin, en terminant son travail, à consacrer deux pages, renfermant deux uniques observations, à la « *nutrition normale chez les hystériques.* »

Il y a donc une nutrition normale à étudier dans l'hystérie et, suivant nous, pour les raisons déjà données, c'est par celle-là qu'il faut commencer. C'est ce que nous ferons, en émettant, du reste, nos réserves les plus expresses sur les résultats obtenus par M. Empereur dans les manifestations pathologiques de l'hystérie, résultats qui seront discutés dans des notes ultérieures.

II. — Qu'entendons-nous, par ce terme « d'hystérique normal », qui n'est pas nouveau, d'ailleurs, puisqu'il est employé par M. Empereur lui-même. L'hystérique normal est celui qui, au moment de l'observation, ne présente aucune autre manifestation de la névrose, que l'ensemble des stigmates permanents qui permettent de reconnaître en lui un hystérique confirmé.

L'hystérique normal sera par exemple celui chez lequel on constatera une hémianesthésie sensitivo-sensorielle avec rétrécissement du champ visuel et dyschromatopsie spéciale, anesthésie, pharyngée, diathèse de contracture, etc. Il demeure entendu qu'il n'est pas absolument nécessaire que tous les stigmates soient réunis chez le même sujet. Toutefois, pour nous mettre à l'abri de toute objection, les individus sur lesquels nous avons expérimentés, et qui tous appartenaient au service de la *Clinique*, y étaient entrés pour une manifestation pathologique de l'hystérie : attaques, mutisme, contracture, toux, etc. De plus, nous avons toujours eu soin d'instituer nos expériences à une époque où cette manifestation n'était plus susceptible d'influencer la nutrition, dans les intervalles des attaques éloignées les unes des autres, par exemple.

C'était en même temps, on en conviendra, employer un moyen de contrôle, car nous aurons soin de faire ressortir, dans des notes ultérieures, les différences que nous avons observées chez les mêmes malades, à l'état normal et en état de manifestation pathologique.

Disons-le, en passant, nous nous sommes trouvés dans des conditions d'expérimentation qu'il est donné à bien peu d'observateurs de réaliser. Appelés par M. Charcot à le seconder dans son service nous avions à notre entière disposition un matériel considérable que l'on ne rencontrerait peut-être dans aucun autre établissement hospitalier. Nous avions devant nous le temps, presque illimité, ce travail n'ayant jamais dû paraître à heure fixe : enfin, et surtout, nous étions sans cesse encouragés par l'extrême bienveillance de notre éminent maître et guidé par ses précieux conseils. Nous n'avions qu'un choix à faire parmi les nombreux hystériques admis dans les salles de la *Clinique.*

A propos de cette sélection, nous devons dès maintenant réfuter une objection. On pourrait nous reprocher, en effet, d'avoir trop bien choisi nos sujets, en supposant par exemple que nous avons éliminés tous ceux dont les premières analyses nous paraissaient peu probantes.

Les 10 malades normaux — chiffre que nous avons estimé suffisant — pourraient bien alors ne représenter que 10 cas anormaux.

A cela, nous répondrons que les 10 cas dont nous rapportons plus loin les résultats analytiques ont été étudiés de suite, sans intromission ni élimination d'aucun autre; on pourra même voir (n° 9) que, chemin faisant, nous avons constaté une polyurie que l'on ne soupçonnait guère; la colonne des *observations* est du reste faite pour répondre à cette objection.

Naturellement encore, nous avons éliminé les malades anorexiques, l'anorexie étant décrite par tous les auteurs comme une manifestation pathologique de l'hystérie.

Disons-le du reste, on semble avoir considérablement abusé des troubles digestifs dans l'hystérie. Depuis plus d'une année que ces recherches sont commencées et que nous vivons continuellement, pour ainsi dire, au milieu de ces malades, nous avons tenu à connaître exactement comment vivaient, comment s'alimentaient les hystériques Ce que nous avons noté, ce qu'avaient parfaitement du reste constaté les surveillantes de nos salles chargées des distributions journalières, c'est que la quantité d'aliments ingérés par les hystériques normaux suffirait parfaitement à entretenir en parfait état de santé une personne saine ayant le même train de vie. Qu'on consulte d'ailleurs les cahiers où sont inscrits leurs régimes alimentaires.

Ce qui est vrai par contre c'est que l'hystérique ne mange pas comme tout le monde; presque constamment il existe chez lui des perversions du goût qui lui font rechercher de préférence certains aliments. Son palais anesthésique total ou partiel préfére aux préparations culinaires habituelles des mets fortement épicés; la salade, les citrons, même les oignons crus, sont préférés aux fruits savoureux. Les condiments de toutes sortes s'adjoignent aux matériaux azotés; mais ceux-ci n'en sont pas moins absorbés et en quantité très suffisante. Les hystériques de nos salles de femmes, se préparent elles-mêmes, — on leur en donne la facilité en leur fournissant bien souvent, et sur leur demande, les aliments en nature, — une cuisine spéciale, de même qu'elles mettent à leur chapeau un ruban rouge que leur dyschromatopsie leur permet souvent d'apprécier, à l'encontre de tous les autres. Mais elles mangent très substantiellement, à de nombreuses reprises dans la journée; c'est même, pour certaines d'entre elles, une véritable préoccupation.

Il faut ajouter encore que sous ce rapport peut-être elles ne sont pas à comparer avec les malades des autres hôpitaux. Dans cette ville de 5,000 âmes qu'on appelle la Salpêtrière elles ont toutes les facilités pour vivre de la vie ordinaire, non hospitalière, se promenant sans cesse dans les vastes cours et les grands jardins qu'envieraient bien des personnes du dehors pour leur usage personnel. Enfin, dans cet hospice, existe un marché où elles peuvent se procurer tous les suppléments alimentaires qu'elles désirent. Elles vivent donc là d'une vie normale, ordinaire, telles quelles vivraient en dehors d'un hôpital, conditions, on en conviendra, extrêmement favorables pour la saine expérimentation.

Ce que nous disons pour les femmes, nous le répétons en ce qui regarde notre service d'hommes, il demeure donc bien entendu que tout ce que renferme cette note s'applique aux deux sexes, ce que l'on n'avait pas encore fait, croyons nous, avant les présentes recherches.

III. — Voici maintenant la technique que nous avons suivie. Au début de l'expérience, le malade était pesé de façon à pouvoir, — condition indispensable en pareil cas — doser les excreta par kilogramme d'individu. La température était prise tous les deux jours afin de constater si elle se maintenait au taux normal.

Les urines étaient recueillies de 10 heures à 10 heures du matin du jour suivant et analysées immédiatement. Chaque hystérique avait un récipient spécial : on l'engageait à uriner avant d'aller à la garde-robe. Chez les femmes nous avons toujours expérimenté dans l'intervalle des règles. Tous les malades qui, du reste, se sont très obligeamment prêtés à l'expérience, étaient étroitement surveillés tant par nous que par les surveillantes de nos salles dont le zèle a été et est toujours au-dessus de tout éloge. Cette surveillance était rendue d'autant plus facile que nous n'avons jamais eu deux malades à surveiller en même temps dans la même salle. Nos recherches ont duré en moyenne huit jours pour chaque sujet. A été éliminée toute période d'expériences en cours d'éxécution, lorsqu'il survenait pendant celle-ci une manifestation pathologique susceptible d'en vicier les résultats. Il nous a paru suffisant de nous borner au chiffre de 10 malades, dont 7 femmes et 3 hommes.

Nos expériences sont résumées dans le tableau suivant. Elles ont porté, avons nous dit, sur la sécrétion urinaire dans laquelle a été notée, le volume, le résidu fixe, l'urée et l'acide phosphorique. Les moyennes théoriques que nous avons placées au-dessous des moyennes que nous avons obtenues pour 10 analyses ont été empruntées aux auteurs qui, pour tout le monde, font foi sans conteste en pareille matière : MM. Armand Gautier, Méhu, Yvon, et Mairet spécialement pour l'acide phosphorique (1).

Il est inutile, croyons-nous, de nous livrer à une longue interprétation des résultats consignés dans notre

Tableau résumé de 79 Analyses d'urines.

SEXE	NUMÉROS	NOMS	POIDS	MOYENNES	VOLUME	RÉSIDU FIXE	URÉE	ACIDES PHOSPHORIQ.	DATES ET OBSERVATIONS
			KIL.		[illegible]	GR.	[illegible]	[illegible]	
Femmes	1	[illegible]	44	Moyenne des analyses...	1.155	48.50	19.28	1.83	du 24 avril au 3 mai 1888.
				— théorique......	1.050	39 à 52	16 à 22	1.90 à 2.[illegible]	
	2	[illegible]	69	Moyenne des analyses...	1.500	47.50	26.60	2.80	du 6 au 13 juillet 1888.
				— théorique......	[illegible]	[illegible]	24 à 30	2.50 à 3	
	3	Schey..	39.500	Moyenne des analyses...	[illegible]	41	18.85	[illegible]	du 7 au 15 juillet 1888.
				— théorique......	[illegible]	[illegible]	16 à 20	2 à 2.50	
	4	Perrig......	40.600	Moyenne des analyses...	[illegible]	[illegible]	17.90	1.87	du 19 au 27 juillet 1888.
				— théorique......	[illegible]	[illegible] à 52	17 à [illegible]	1.70 à 2.20	
	5	Monc........	[illegible]	Moyenne des analyses...	[illegible]	[illegible]	20.75	1.90	du 30 avril au 7 mai 1888.
				— théorique......	[illegible]	39 à 52	19 à 25	2 à 2.60	
	6	Kir......	49	Moyenne des analyses...	1.000	[illegible]	19.50	2.03	du 31 mai au 16 juin 1888.
				— théorique......	1.050	[illegible] à 52	18 à 24.50	1.90 à 2.40	
	7	Biz......	46.500	Moyenne des analyses...	1.100	[illegible]	18.10	2.10	du 12 au 20 janvier 1888.
				— théorique......	1.200	30 à 52	18.5 à 25	1.85 à 2.50	
Hommes.	8	Lelog......	53	Moyenne des analyses...	1.160	[illegible]	18	1.76	du 27 mai au 3 juin 1888.
				— théorique......	1.270	39 à 52	[illegible] à 25	1.95 à 2.4	
	9	Frem........	55	Moyenne des analyses...	2.200	50	[illegible]	2.36	du 21 au 29 mai 1888. Polyurie.
				— théorique......	1.300	39 à 52	20 à 27	2 à 2.50	
	10	Clav........	60	Moyenne des analyses...	1.670	44.10	[illegible]	1.83	du 30 mai au 6 juin 1888.
				— théorique......	1.400	39 à 52	20 à 27	2.10 à 2.60	

(1) Le travail très important de M. Mairet, agrégé de la Faculté de Montpellier, est intitulé : *Recherches sur l'élimination de l'acide phosphorique chez l'homme sain, l'aliené, l'épileptique*

tableau. Les chiffres parlent d'eux-mêmes : ce sont des arguments d'une force brutale qui ne laisse place à d'autre qu'à elle-même. On ne peut qu'en tirer des conclusions, mais avant de donner celles-ci qui seront, du reste, des plus brèves, il nous reste à parler, en dernier lieu, des résultats obtenus par M. Empereur lui-même dans son étude si écourtée sur la « *Nutrition normale dans l'hystérie* ». Sur ce terrain, M. Empereur semble moins affirmatif que précédemment.

« Nous avons annoncé, dit-il, que certains hystériques conservaient l'intégrité de leurs fonctions nutritives et nous n'avons point encore cité d'exemple pour établir cette nouvelle catégorie. Nous allons donc rapporter brièvement deux observations que nous avons prises à l'hôpital Saint-Antoine et qui serviront au moins à indiquer le fait si elles ne l'établissent pas. »

La première observation a trait à une jeune femme de 18 ans et comporte seulement trois analyses, lesquelles, du reste, sont tellement rapprochées d'accès convulsifs qu'elles prêteraient facilement le flanc à la critique.

« Le 23 mai, jour de la dernière attaque, la malade urine 1000 c. c. et rend 15 gr. d'urée par jour ; le 24, elle urine 1500 c. c. et rend 16 gr. 7 d'urine et 2 gr. 7 d'acide phosphorique ; le 25, elle urine 1300 c. c. et donne 15 gr. d'urée par jour. Elle expire 5 litres d'air par minute ou 7200 par jour qui est un chiffre tout près du chiffre normal ; elle donne pour 100 en volume d'air expiré 3 c. c. d'acide carbonique. »

La seconde observation est meilleure en tant que se rapportant véritablement à la nutrition normale dans l'hystérie. Nous la résumons ainsi qu'il suit :

Femme de 20 ans malade depuis 18 mois : attaques convulsives puis attaques de sommeil qui durent plusieurs jours. Pendant une année, hémiplégie droite et vomissements incoercibles pendant trois ; hématémèses. Actuellement les attaques ont disparu ; il reste une céphalalgie intense avec clou hystérique ; le côté droit est anesthésique ; le gauche, au contraire souffre d'une hypéresthésie très douloureuse.

« Elle ressent aussi des douleurs au niveau des ovaires et au niveau de l'estomac ; on ne peut passer la main, même très légèrement sur ces régions, sans déterminer une sensation très pénible. Cependant, la malade a maintenant un excellent appétit, elle digère à merveille ; elle urine abondamment ; toutefois, elle ne va à la selle que tous les quatre ou cinq jours. La quantité de ses urines pendant onze jours a varié entre 1000 c. c, et 1200 c. c. ; son urée entre 18 et 25 gr. par jour ; elle a rendu jusqu'à 21 gr. de chlorures et jusqu'à 3 gr. 50 d'acide phosphorique par jour. C'est elle qui a, une fois, 3,491,652 globules rouges et une autre fois, 2,888,777, Elle expire quatre litres et demi par minute ou 6,480 par jour ; 2 c. c., 5 et 3 c. c. d'acide carbonique en volume d'air. »

Et M. Empereur ajoute en terminant : « Ces deux faits semblent assez bien prouver que certaines hystériques ne présentent pas de troubles nutritifs. Nous ne pousserons pas plus loin cette question qui, du reste, a besoin de nouvelles preuves pour être confirmée ». Ces nouvelles preuves, réclamées par M. Empereur, nous les apportons aujourd'hui et nous les croyons de nature à satisfaire les plus difficiles. Elles nous amènent aux conclusions suivantes :

Chez l'hystérique, en dehors des manifestations pathologiques de la névrose autres que les stigmates permanents, la nutrition s'effectue normalement. Nous faisons de plus toutes nos réserves en ce qui regarde la nutrition dans la pathologie de l'hystérie. Toutefois, nous basant sur les résultats présents et sur un grand nombre d'autres expériences qui seront rapportées ultérieurement, nous pouvons déjà dire, qu'à l'état pathologique comme à l'état normal les hystériques, ne constituent pas, ainsi qu'on semble l'admettre, des êtres à part. Lorsque, chez eux, l'assimilation ou la désassimilation ne se font pas, leur organisme en supporte parfaitement les conséquences en ce qui regarde l'ensemble des phénomènes biologiques.

et l'hystérie. (broch. in-8° de 220 p. Paris, 1884). Nous ne tiendrons compte que des résultats obtenus chez l'homme sain, M. Mairet ayant lui-même pris soin de caractériser ainsi qu'il suit ses recherches chez les hystériques (p. 213) : « L'histoire qu'exerce l'hystérie sur l'élimination de l'acide phosphorique est toute à faire, nous ne connaissons aucun travail ayant trait à cette question. Après nos recherches même, celle-ci ne sera que posée. Ces recherches, en effet, ne portent que sur deux hystériques, chiffre évidemment trop faible pour nous permettre de tirer des conclusions : de plus elles sont, sous certains rapports, sujettes à discussion. Nous n'avons pas pu exercer, chez nos hystériques, une surveillance suffisamment attentive, semblable, par exemple, à celle que nous avons exercée sur les aliénés et les épileptiques qui font le sujet des expériences relatées précédemment, de sorte que nous ne sommes pas certain que l'urine des vingt-quatre heures ait toujours été recueillie d'une manière absolument régulière. ».

PATHOLOGIE INTERNE

Observation de tuberculose et d'alcoolisme. Alternance des troubles intellectuels et des troubles physiques ;

par le Dr FEBVRÉ, médecin à l'asile de Ville-Evrard.

La nommée L..., est entrée à l'asile de Ville-Evrard, le 24 juin 1887, accompagnée des certificats médicaux suivants : Est atteinte d'alcoolisme sub-aigu ; idées de persécution ; hallucinations de l'ouïe ; préoccupations hypochondriaques. Signé : Dr Legras.

Est atteinte de léger affaiblissement intellectuel avec hallucinations pénibles ; deux hommes noirs la poursuivent, la menacent ; elle entend des injures ; tremblement des mains, quelques excès de boisson. Signé : Dr Magnan.

La malade qui fait le sujet de cette observation est une femme de cinquante ans, pâle, amaigrie, profondément affaiblie ; sa voix très voilée semble indiquer une tuberculose laryngée. Interrogée sur ses antécédents personnels, elle nous raconte qu'elle a toujours eu une santé très délicate, que les moindres malaises ont provoqué chez elles des troubles du côté de la respiration, que sequestrée une première fois à l'asile de Vaucluse, elle a été traitée dans cet établissement pour une pleurésie, qu'elle ne se fait pas illusion sur le sort qui lui est réservé, et elle ajoute : mon père, mon frère, deux de mes enfants sont morts poitrinaires, ma mère a été emportée par une fluxion de poitrine.

Depuis la suppression de ses règles qui a eu lieu à quarante-deux ans, son état général s'est aggravé ; elle a été sujette à des hémoptysies ; aujourd'hui à l'auscultation on perçoit des craquements dans les deux sommets, ces derniers sont toutefois plus accusés à gauche. Comme on peut s'en convaincre par la lecture des notes médicales jointes au dossier de la malade, l'état mental est surtout caractérisé par des hallucinations de nature pénible, hallucinations de la vue et de l'ouïe qui se traduisent par l'apparition presque constante de deux hommes noirs qui poursuivent Mme L... de leurs menaces, qui lui ordonnent de se détruire ou de tuer son mari. Elle sent le contact de leurs mains froides, glaciales sur son corps ; ils lui appliquent sur le front le canon d'un pistolet ; elle entend leurs voix menaçantes. A certains moments, elle se sentait poussée par une force irrésistible qui l'entraînait vers la fenêtre de sa chambre pour l'amener à se tuer par précipitation de ce lieu élevé ; un jour en traversant un pont elle avait été forcée de se cramponner au parapet pour résister à cette force qui la poussait à se jeter dans la Seine, etc. Ces hallucinations avec leur caractère impulsif l'ont ainsi poursuivie pendant près d'un an ; elles constituaient à elles seules toute l'affection mentale. L'affaiblissement intellectuel signalé plus haut était

plutôt de la paresse intellectuelle causée par un état de souffrance générale résultant à la fois de la diathèse tuberculeuse en voie de développement et de l'insomnie consécutive à des hallucinations aussi intenses.

Quant aux préoccupations hypochondriaques elles étaient bien naturelles, bien justifiées par cette hérédité fatale qui s'était annoncée à la malade par des hémoptysies répétées, par des sueurs profuses, par des accès de dyspnée, etc. Si en effet la plupart des phthisiques se font illusion sur leur situation, quelques malades de cette catégorie sont loin d'avoir la disposition d'esprit connue sous le nom d'Euphorie. Cependant depuis son arrivée à l'Asile la malade n'avait pas éprouvé d'indisposition grave, son affection de poitrine subissait un temps d'arrêt; on ne constatait pas de fièvre vespérale, sous l'influence d'un régime reconstituant son état général, était devenu relativement bon; elle ne se plaignait que de ces visions qui la hantaient jour et nuit. Le 19 mars 1888, elle est prise de frissons, de fièvre, de point de côté, de gêne de la respiration; une nouvelle poussée de tuberculose se déclare et exige le séjour au lit. A peine ce retour de la diathèse tuberculeuse s'était-il affirmé que les troubles intellectuels disparaissaient complètement. La malade depuis ce moment est restée faible mais heureuse d'être débarrassée de ses hallucinations, (1) guérie mentalement, comme le dit le Dr Marandon de Montyel, à propos d'une observation de guérison tardive observée à la suite d'une pleurésie tuberculeuse. Malgré son mauvais état de santé elle a demandé sa sortie; quelques jours après son départ de l'établissement, elle a été placée dans un hôpital.

Cette observation nous a paru digne d'être rapportée en raison de la fixité des hallucinations de l'ouïe, de la vue, de la sensibilité générale mentionnées plus haut, en raison surtout de l'influence de la phthisie sur l'état mental. Il est rare de voir l'alcoolisme donner lieu à des hallucinations de nature terrifiante pendant près d'un an; en général les symptômes intellectuels dûs à l'alcoolisme, n'ont qu'une durée éphémère où ils laissent à leur suite un véritable délire des persécutions qui était probablement masqué par un délire alcoolique très intense. Au sujet de la tuberculose le Dr Cullerre (2) s'exprime ainsi : « en général le développement de la tuberculose n'a aucune influence sur la marche de l'affection mentale. » — Esquirol, cité par le même auteur à propos de la phthisie chez les aliénés disait « les malades s'affaiblissent, tombent dans le marasme — ils s'éteignent, le délire loin de cesser augmente jusqu'à la fin. » Marcé sur le même sujet disait « rien n'est changé à leurs habitudes, à leur délire ». On conçoit en effet que la phthisie pulmonaire alors qu'elle se développe chez des aliénés, peut par les douleurs vagues dans le dos, sous les clavicules, par le sentiment d'oppression qu'elle détermine, donner lieu à des interprétations délirantes, aggraver des hallucinations de la sensibilité générale. Dans le choléra alors que les crampes des membres sont si douloureuses, les aliénés voient constamment dans ces douleurs atroces le résultat d'influences occultes. Pendant l'épidémie cholérique de 1884 sur les cent vingt et quelques cas de choléra que j'ai suivis à l'asile de Montdevergues, j'ai pu remarquer, que tous les malades atteints du délire des persécutions, que j'ai eu le temps d'observer, c'est-à-dire qui n'étaient pas sidérés par des attaques foudroyantes de choléra, expliquaient leurs crampes dans les membres par de nouvelles persécutions, pour la tuberculose il n'en est pas toujours de même. La phthisie et la folie peuvent obéir à la loi d'alternance et se remplacer mutuellement, dit M. le professeur Ball dans ses leçons sur les maladies mentales. L'affection pulmonaire se développe et semble destinée à suivre son évolution naturelle lorsque tout-à-coup le délire éclate et à partir de ce moment les signes physiques et les symptômes rationnels de la phthisie disparaissent et la santé générale paraît s'affermir. » Dans notre observation l'alcoolisme paraît avoir imprimé au délire une marche particulière, à aucun moment il ne nous a été donné de constater cette manie du soupçon qui serait la caractéristique de la folie tuberculeuse. Quant aux impulsions au suicide, elles étaient simplement la conséquence des hallucinations de l'ouïe et de la vue et elles ne s'accompagnaient pas des divers malaises qui distinguent la véritable impulsion des aliénés héréditaires.

(1) *Archives de Neurologie*, T. VIII, 1884.

(2) *Annales Medico-psychologiques*: *Contribution à l'étude de la tuberculose chez les aliénés*.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Congrès de la Société allemande d'Hygiène et de Médecine publique à Francfort-sur-le-Mein (1).

La Société allemande d'Hygiène et de Médecine publique a tenu son quatorzième Congrès à Francfort-sur-le-Mein, dans le courant du mois de septembre. Lors de sa fondation en 1873, elle ne comptait que 200 membres; aujourd'hui elle en compte près de 1,100, qui se recrutent parmi les médecins, les fonctionnaires municipaux, les ingénieurs et les architectes. Les membres du Congrès ont reçu de la municipalité francfortoise un volume « *les installations hygiéniques de Francfort-sur-le-Mein* », contenant des statistiques des plus intéressantes. Nous nous bornerons à une seule citation statistique, relative à la mortalité résultant de la fièvre typhoïde : en 1881, il y a eu 20,9 décès en moyenne par 100,000 habitants : de 1881 à 1885, le chiffre tombe à 12,2, en 1886 à 11,5, en 1887 à 6,3. Le tableau graphique ci-joint, est fort éloquent, et montre le recul de la mortalité, résultant de la fièvre typhoïde, et le progrès de la canalisation souterraine ainsi que de la conduite des eaux de source.

Voici les questions à l'ordre du jour : 1° mesures en vue d'obtenir des habitations salubres; 2° situation des fabriques dans les villes; 3° résultats obtenus depuis l'établissement de bassins de purification pour les eaux d'égout; 4° influence des connaissances scientifiques actuelles sur la construction, l'installation, la situation des hôpitaux; 5° pavage et nettoyage des rues.

M. Miquel a plaidé en faveur d'une nouvelle législation, réglementant la construction et l'habitation des maisons. Il est d'avis qu'il faut faire la place convenable à l'initiative privée, qu'elle soit animée d'intentions humanitaires, ou du désir de gagner de l'argent, mais comme il la trouve insuffisante, il compte bien plus sur l'activité paternelle et coercitive de la collectivité, de l'état et de la commune. Il n'existe pas de loi générale et uniforme sur les logements en Allemagne. Pendant longtemps, ce qui a surtout préoccupé l'autorité locale ou nationale, c'est de prévenir les dangers d'incendie et d'assurer la solidité des matériaux, la sécurité des constructions; les idées d'hygiène sont de date beaucoup plus récentes. En outre, la police des constructions n'a de contrôle que sur la construction de la maison et

(1) Nous avons emprunté nos renseignements à l'intéressant article de M. Raffalovich (*Revue scientifique*, 6 oct. 1888).

non sur la façon de l'habiter, une fois achevée. Cependant dans certains endroits la police a pris des mesures contre les logements, notoirement insalubres, contre l'entassement démesuré dans les auberges et les maisons de location. Mais ce sont des efforts isolés, qui ont eu en vue surtout les garnis de bas étage. Seul le grand duché de Bade a donné aux préfets quelques attributions concernant les logements de location insalubres.

M. Miquel voudrait qu'on forçât dans une certaine mesure, les fabricants dans les villes à s'occuper du logement de leurs ouvriers, au risque de peser sur le développement industriel. Il est très partisan de la construction d'habitations par l'Etat et les communes pour leur personnel de fonctionnaires et d'ouvriers. Sous son initiative, la ville de Francfort est entrée dans cette voie. M. Miquel a du reste soumis, pendant la dernière session, une motion au Reichstag, tendant à faire présenter une loi sur les logements par le Gouvernement. M. Baumeister désirait qu'on réglementât le choix du terrain, la construction et l'habitation des immeubles; il demandait même la faculté pour l'autorité locale d'obliger le propriétaire d'un grand terrain à en consacrer une partie, à édifier de petits logements à bon marché.

La question « *de la situation des fabriques dans les villes* », a été traitée par MM. Leut et Heudel. Dans une ville établir des quartiers où la présence de manufactures ne serait pas tolérée, et désigner un rayon pour recevoir les fabriques sont des dispositions législatives qu'il est presque impossible d'appliquer, comme l'ont montré les tentatives faites à Dresde.

Nous arrivons à la partie la plus intéressante, sans contredit, des communications diverses, « *à l'épuration des eaux d'égout à l'aide de réactifs chimiques.* » Cette question était d'autant plus intéressante que toutes les villes ne peuvent pas avoir recours aux champs d'irrigation; l'installation des bassins d'épuration, l'emploi de réactifs chimiques sont une source de dépenses considérables; certaines municipalités hésitent, se retranchent derrière l'incertitude des résultats obtenus, sur l'insuffisance des expériences faites et prétendent que les résidus, la boue plus ou moins solidifiée qu'on retire sont une cause d'embarras. Les rapports des quatre ingénieurs municipaux avaient donc un grand intérêt pratique.

M. Lindley, ingénieur en chef de la ville de Francfort, a montré que le système de drainage souterrain appliqué à Francfort est l'un des plus complets de l'Allemagne; il embrasse une étendue de 10 kilomètres carrés, habités par 160.000 personnes; la quantité d'eau, emportée chaque jour par les égouts, est de 25.000 à 30.000 m. c. Toutes les maisons sont en communication avec les égouts, qui reçoivent les matières de 30.000 water-closets. Les boues des rues sont enlevées dans des camions. Longtemps on a laissé l'eau des égouts s'écouler dans le Mein. En 1881 on résolut de pratiquer l'épuration chimique de ces eaux d'égout. On établit l'usine sur la rive gauche du Mein, la ville étant située sur la rive droite. Un siphon placé dans le lit de la rivière amène les eaux dans des bassins couverts. Quand ils seront tous construits ils pourront recevoir 80.000 m. c. par jour. Les eaux sales arrivent dans une première galerie avec une vitesse de 50 centimètres par seconde, qui se réduit ici à 5 centimètres environ; grâce à ce ralentissement, les matières lourdes en suspension, surtout le sable, se déposent et tombent, tandis que les matières flottantes sont arrêtées sur des plaques plongées verticalement; il y a tout un agencement de grillages, faisant fonction de tamis pour débarrasser les eaux des matières grasses, des bouchons, du papier, etc. Il y a donc ici un nettoyage mécanique à l'aide d'appareils divers, et grâce à la réduction de la vitesse à 1/10; plus loin, cette vitesse sera encore diminuée et ramenée à 1/100 de ce qu'elle était à l'arrivée. Ces dispositions permettent de restreindre l'emploi des réactifs chimiques. Plus loin, les eaux passent par une galerie où elles se mélangent aux réactifs chimiques destinés à précipiter les matières en dissolution. Ces réactifs sont du sulfate d'alumine et en solution laiteuse de la chaux qu'on ajoute successivement, et d'une façon un peu empirique.

Après avoir été soumises à l'action des réactifs chimiques, les eaux passent dans des bassins longs de 82 m. et larges de 6 mètres, avec une rapidité moyenne égale à 4 millimètres par seconde. Il n'y a pas de contre-courant qui vienne troubler l'eau et gêner le dépôt de la vase. L'eau s'écoule incessamment en passant par un barrage dans une galerie qui aboutit au Mein. La vase est pompée au moyen d'un appareil à vapeur. Chaque bassin se nettoie tous les huit jours. La vase est transportée dans des réservoirs exposés à l'air et drainés, on la donne gratuitement.

Le coût de l'usine a été de 250,000 fr., 875,000 fr. construction et outillage. Le coût de l'exploitation a été estimé à 187,500 francs par an. Cela fait à peu près 1 fr. 25 par tête d'habitant, ou par mètre cube épuré, 1 centime 1/2. Dans un grand nombre d'expériences, on a constaté que la chaux réduisait à un minimum les bactéries contenues dans l'eau d'égout; le sulfate d'alumine produit également de bons effets comme désinfectant, et surtout pour obtenir un liquide limpide. Le simple procédé mécanique donne lieu à une augmentation des bactéries.

M. Winter, directeur de l'usine municipale du gaz à Wiesbade, est venu à son tour rendre compte des travaux faits à Wiesbade. A la suite de plaintes nombreuses au sujet de la canalisation défectueuse, on établit à 1800 mètres de la ville une usine d'épuration. On se servit d'un moulin à eau et on employa la force hydraulique comme moteur. On a dépensé 250.000 fr. et les frais d'exploitation sont de 45,000 francs par an. Le prix de revient est de 1 fr. 05 par an, par tête. On se sert uniquement de l'eau de chaux comme réactif. Une fois mélangée à la terre végétale, la boue perd rapidement sa mauvaise odeur.

M. Koch, directeur du bureau d'hygiène de l'Empire, a donné son avis sur ces bassins d'épuration; il a constaté que les eaux, une fois épurées, n'avaient pas d'odeur; que l'analyse bactériologique y décèle un grand nombre de micro-organismes, peu importe, pourvu que ceux-ci soient inoffensifs et ne soient pas infectieux.

« Il reste à savoir, dit M. Koch, dans quelle mesure

la désinfection des eaux d'égout a eu lieu. Pour s'en rendre compte, il ne faut pas seulement examiner la condition des eaux à l'entrée et à la sortie du bassin; il est en effet très possible, d'après des expériences faites ailleurs, que les réactifs chimiques aient débarrassé l'eau des germes, qu'ils puissent par conséquent la désinfecter complètement; mais que l'eau, en passant par les autres parties de l'usine d'épuration, se charge de nouveau de micro-organismes pris aux masses de boue déposée, si riches en bactéries, et que ces micro-organismes augmentent rapidement. Dans cet ordre d'idées, je me permets d'attirer l'attention sur les résultats obtenus dans l'examen du procédé Schwartz-Kopff; avec ce procédé (décrit vol. XIX de la *Revue trimestrielle allemande d'Hygiène* on arrive à une désinfection à peu près complète, et cependant le liquide à sa sortie de l'usine, par suite de l'absorption ultérieure de micro-organismes dans les chambres de filtrage, est aussi riche en germes que le liquide des bassins de Wiesbade à son écoulement de ceux-ci. De ce fait, qu'à l'endroit d'écoulement le liquide épuré est de nouveau très riche en germes, il ne faut pas conclure que le procédé d'épuration ait agi d'une manière insuffisante sur les germes primitivement contenus dans l'eau. Il faut, en outre, tenir compte de ceci: c'est que, si les eaux sales ont été véritablement désinfectées, un développement postérieur de bactéries, lorsqu'il n'a pas pour suite la production de matières putrescibles puantes, peut ne pas paraître grave au point de vue de l'hygiène.

« Il ne s'agit alors, en effet, seulement de l'apparition de micro-organismes inoffensifs que l'on rencontre plus ou moins abondants dans tous les cours d'eau. Ainsi l'eau de la Sprée, à son entrée dans Berlin, à l'endroit où on la puise pour la consommation des habitants, renferme plus de 100.000 germes par centimètre cube. En présence de ce fait, on ne saurait demander que les eaux d'égout d'une ville soient absolument dépourvues de germes ou pour le moins pauvres en bactéries. Tout ce qu'on peut équitablement exiger, c'est qu'elles soient débarrassées des matières infectieuses. » M. Koch termine en disant que la chaux employée à Wiesbade est un désinfectant de premier ordre qui peut, si on s'en sert en doses suffisamment concentrées, anéantir en peu de minutes tous les germes d'infection. Il s'agit seulement de découvrir la proportion exacte de lait de chaux qu'il faut mélanger à l'eau d'égout.

A Essen, à la suite d'une épidémie de choléra, on se décida à appliquer le procédé Röckner-Rothe. Il repose sur l'application de la décantation en montant, du filtrage ascensionnel, le liquide à filtrer étant obligé de s'élever par suite de la raréfaction de l'air dans le réservoir. Avant d'être soumis au filtrage, le liquide à épurer peut subir l'action de réactifs chimiques, notamment de la chaux. L'appareil se compose d'un puits où arrive l'eau sale, dans ce puits plonge la partie inférieure d'un cylindre en fer forgé, fermé dans sa partie supérieure, et haut de 8 mètres 50. A la partie supérieure on a adapté un tuyau d'appel sur lequel est branché le tuyau d'une pompe à air. Près de la partie supérieure du cylindre se détache latéralement un tuyau qui émarge à sa partie inférieure dans le canal d'écoulement destiné à l'eau épurée.

Le radier du bassin contenant l'eau sale est fortement en pente, de façon à faciliter l'enlèvement de la vase. L'eau sale monte dans le cylindre, y séjourne et s'écoule épurée par le tuyau placé latéralement près de la partie supérieure. Le fonctionnement de l'appareil est facile à saisir: on fait le vide à la partie supérieure du cylindre, l'eau monte, se filtre automatiquement et s'écoule sur le côté. Les matières en suspension restent à la base du cylindre, s'accumulent et forment une sorte de filtre. L'avantage du procédé, c'est qu'il exige moins de place que les bassins comme ceux de Francfort, que l'opération se fait en vase clos, que l'enlèvement des boues est facile. Les dépenses, par an, sont de 52.500 fr., compris intérêt et amortissement, 77 centimes et demi par tête de population (1). A Halle, ville de 90.000 habitants, on a également dû installer une usine analogue. On se sert de chaux et de silicate d'alumine comme réactifs chimiques. Toute l'installation a coûté 43.750 fr., l'exploitation 22 fr. 50 par jour, 8.437 fr. l'an, soit, pour les 10.000 habitants du district dans lequel ce système fonctionne, 82 centimes 1/2 par an et 1 fr. 03 avec les intérêts. Il est question d'agrandir l'usine et d'y faire passer les eaux de la ville tout entière. Le Congrès a adopté l'ordre du jour suivant: « La Société constate avec un vif intérêt les grands progrès achevés dans le traitement artificiel des eaux d'égout, mais elle est cependant d'avis qu'aucun des procédés n'a définitivement réussi et que la question de l'emploi des résidus n'est pas encore résolue. La Société reste sur le terrain de l'ordre du jour voté à Breslau en 1886, d'autant plus que les dépenses dans le traitement artificiel des eaux d'égout demeurent fort élevées. » A. MARTHA.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 novembre 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

M. ODO BUJWID (de Varsovie) lit un mémoire sur *les divers modes de traitement de la rage*. Il a tout d'abord employé le traitement simple de M. Pasteur, comportant une inoculation par jour, commençant par la moelle de quatorze et finissant par celle de cinq jours. A la suite d'un cas de mort, M. Bujwid, influencé par les travaux de M. Frisch (de Vienne) essaya un traitement plus faible encore et n'employa plus de moelles au-dessous de sept jours: ce traitement fut suivi de huit cas mortels. Voyant l'inefficacité de ce traitement affaibli, M. Bujwid employa dès lors le traitement intensif de M. Pasteur: il inocula des moelles de douze à trois jours, et fit les inoculations deux fois par jour. Depuis cette époque, il a traité 370 personnes, dont 30 ont été mordues au visage, à la tête, sans un seul cas de mort. Ces 370 personnes avaient été mordues par des animaux certainement enragés.

M. L. JOUBIN décrit les *ravages causés chez les Sardines par un Crustacé parasite*. Ce crustacé est la forme parasite d'un genre de *Lernées*; il se fixe à la nageoire dorsale, à l'œil, à la paroi abdominale ou à la queue du poison, et provoque la formation d'un abcès dont il entretient la suppuration; le parasite est fort abondant sur les côtes du Roussillon et du Finistère: les abcès qu'il cause amènen

(1) M. Rothe, ingénieur à Bernburg, a publié une brochure relative à cet appareil.

l'épuisement et la mort de la sardine. M. Joubin, dans ses recherches aux laboratoires de Banyuls et de Roscoff, a vu que le parasite ne s'attaque qu'à la petite sardine à dos bleu qu'on pêche sur les côtes et qu'il respecte la grande sardine à dos vert qu'on pêche au large. PAUL LOYE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 24 *novembre* 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

M. STRAUSS rappelle qu'au mois de novembre 1880 M. Laveran fit connaître qu'il avait trouvé dans le *sang des paludiques un parasite polymorphe*, cause des accès de fièvre intermittente. Cette découverte fut accueillie avec un certain septicisme, d'autant que dans les grandes villes où la malaria est rare, le contrôle en était fort difficile. Toutefois, divers observateurs, en Italie, en Amérique, en Indo-Chine ne tardèrent pas à confirmer la découverte de l'auteur français. Bien plus, MM. Marchiafara et Celli tentèrent de substituer leurs *plasmodes* aux hématozoaires de Laveran, mais ils n'en ont imposé à personne. L'orateur était encore hésitant lorsque récemment M. Laveran lui montra des préparations du sang d'un soldat revenu du Tonkin avec des fièvres intermittentes. Il put alors parfaitement constater l'existence de ces hématozoaires dont les *flagellums* multiples animés de mouvements excessivement rapides sont aussi caractéristiques dans l'espèce que les bâtonnets du charbon ou les organismes de la filariose. La découverte de M. Laveran est donc parfaitement réelle et elle fait le plus grand honneur à son auteur et à la science française.

MM. Ch. RICHET et LANGLOIS ont étudié l'influence du *chloral sur la force de résistance des centres nerveux respiratoires*. Cette force diminue considérablement chez les animaux chloralisés. En effet, l'asphyxie arrive avec une pression beaucoup plus faible lorsque les animaux sont soumis aux inhalations chloraliques, phénomènes que l'on ne peut reporter à la fatigue musculaire survenue à la suite des efforts faits pour vaincre la pression. En effet, l'arrivée intermittente de l'oxygène dans le sang détermine aussitôt de fortes irritations respiratoires bulbaires. La résistance du bulbe ne paraît pas influencée par la section des pneumogastriques.

M. Ch. FÉRÉ a recherché *l'influence des paroxysmes épileptiques sur l'élimination des substances médicamenteuses*. Ayant fait absorber à ses malades tantôt du salycilate de soude, mais le plus souvent de l'iodure de potassium, il a pu constater par des analyses que l'élimination se faisait d'autant plus rapidement que la fin du paroxysme était plus rapprochée. Cette influence ne se fait plus sentir trois heures après l'accès. Il existerait donc, au moment où celui-ci se produit, un abaissement de pression dans les vaisseaux rénaux analogue à celle que l'auteur a déjà signalé dans les mêmes conditions dans les vaisseaux périphériques.

MM Ch. FÉRÉ et VIGNES, ayant constaté la fréquence de l'*astigmatisme chez les épileptiques*, montrent que ce trouble de la vision coïncide avec d'autres malformations de l'œil chez ces mêmes sujets.

M. BROWN-SÉQUARD dit qu'une contraction un peu prolongée des muscles de l'œil étant suffisante pour produire l'astigmatisme, il pourrait bien se faire que les convulsions de ces muscles tenant à l'épilepsie elle-même expliqueraient l'astigmatisme observé par MM. Féré et Vignes.

M. DUPUIS se range à l'interprétation de M. Brown-Séquard, faisant de plus observer que le plus souvent l'astigmatisme des épileptiques n'est que temporaire.

M. DUMONTPALLIER dépose une note de M. RICOCHON (de Champdeniers) : *Sur l'indépendance du tétanos humain et du tétanos équin*. — M. GLEY dépose deux notes de M. COUVREUX (de Lyon) : *Contribution à l'étude physiologique du pneumogastrique chez les Invertébrés*; — *Recherches sur la respiration du caïman*. — M. DASTRE dépose une note de M. REGNARD sur la *quantité et la qualité de l'air contenu dans les cocons de vers à soie*; — M. GIARD dépose une note sur les *parasites des champignons inférieurs*. GILLES DE LA TOURETTE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 27 *novembre* 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

M. DELETANG (de Nantes) lit un travail sur le *traitement des fibrômes utérins par l'électrolyse intra-utérine*. — Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. C. Paul, Trélat et Guéniot.

M. DESNOS, en son nom et au nom de MM. JOFFROY et PINARD, relate un cas d'*atrophie musculaire des quatre membres, à évolution très rapide, survenue pendant la grossesse et consécutivement à des vomissements incoercibles*. — Il s'agit d'une femme qui devint enceinte au mois de février 1887 et qui était déjà profondément anémiée par une métrite hémorrhagique. Les premiers mois de la grossesse se signalèrent par des vomissements incoercibles, une faiblesse et un amaigrissement extrêmes. Vers le cinquième mois, survint une impotence des membres inférieurs ; les masses musculaires avaient presque disparu dans certaines régions, les réflexes étaient abolis, la sensibilité pervertie. La faradisation ne déterminait aucune contraction. Trois ou quatre jours après, les membres supérieurs furent envahis : l'impotence restait moins marquée qu'aux membres inférieurs et s'accompagnait de fourmillements.

La contractilité n'était qu'en partie détruite; la sensibilité cutanée, la sensibilité électrique des muscles étaient conservées. Dans ces conditions, l'accouchement prématuré fut provoqué le 13 juillet. A partir de cette époque, l'amélioration se montra rapide, mais l'atrophie resta stationnaire. La contractilité était très diminuée, mais il n'y avait pas de réaction de dégénérescence. Au mois de décembre, la guérison avait fait des progrès lents ; aussi, grâce au séjour à la campagne et à la médication réfrigérante, la malade a-t-elle recouvré la santé. A quelle cause attribuer une semblable paralysie ? on ne saurait invoquer l'urémie puerpérale, puisque cette malade n'a jamais présenté d'albuminurie. Il en est de même de la paralysie hystérique qui ne saurait être de mise dans le cas actuel. Il ne s'agissait pas non plus d'une paralysie réflexe liée à l'état de l'utérus, puisque les muscles étaient altérées. De déductions en déductions on est obligé d'admettre qu'on s'est trouvé en présence d'une névrite parenchymateuse généralisée ou d'une myélite des cornes antérieures, de nature puerpérale.

M. LE ROY DE MERICOURT, à l'occasion de la récente discussion sur la contagion ou la non contagion de la *lèpre*, rapporte le fait suivant, d'après M. Wright. Un condamné à mort des iles Sandwich serait devenu lépreux à la suite de l'inoculation de la lèpre. Néanmoins, ajoute M. Le Roy de Méricourt, il conviendrait de tenir un grand compte du terrain sur lequel a évolué la lèpre tuberculeuse, puisqu'il s'agit d'un canaque.

M. MAGITOT fait une intéressante communication sur la *nécrose phosphorée*. M. Magitot a recueilli 65 cas de nécrose phosphorée et incrimine, avec Th. Roussel, la pénétration des vapeurs irritantes du phosphore par la carie dentaire. Cette carie spéciale serait une véritable carie pénétrante. Cette théorie est en contradiction avec la théorie des allemands, d'après laquelle le phosphore exercerait spécialement son action destructive sur les os : elle est également en contradiction avec l'opinion défendue par MM. U. Trélat et Lailler, d'après laquelle le phosphore corroderait la muqueuse gingivale et le périoste des os maxillaires. Il y a donc lieu de perfectionner les moyens de ventilation et d'isolement des services de fabrication; de supprimer ou de neutraliser l'atmosphère phosphorée des ateliers. Il convient d'interdire l'entrée de la fabrique à tout individu dont la santé ou la constitution sont défectueuses et surtout s'il est reconnu menacé de nécrose par l'état de sa bouche ; de prescrire des visites fréquentes afin d'obtenir le renvoi immédiat de tout ouvrier porteur de lésions prédisposantes.

En attendant la réalisation du vœu tant de fois et si stérilement émis de la substitution du phosphore rouge au blanc, l'application rigoureuse des règles et prescriptions

que M. Magitot formule aujourd'hui, peuvent radicalement supprimer tout danger pour l'ouvrier, et en particulier la nécrose phosphorée.

M. A. Ollivier lit un *rapport* officiel sur les *épidémies*.

L'Académie se constitue en Conseil secret, à l'effet d'entendre la lecture du *rapport* de M. Roger sur les candidats au titre de membre associé national. La Commission présente : en première ligne, M. Teissier (de Lyon) ; en deuxième ligne, M. Lafosse (de Toulouse) ; en troisième ligne, M. Sirus Pirondi (de Marseille). A. Josias.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 23 novembre 1888. — Présidence de M. Siredey.

M. Féréol rappelle qu'il y a environ deux ans, il a lu à la Société un rapport sur un mémoire de M. Frantz Glénard, de Lyon, ayant pour titre : *Entéroptose et neurasthénie.* On se souvient que l'auteur considérait les états neuropathiques indéterminés, désignés par les termes de neurasthénie, cachexie cérébro-cardiaque, etc., comme étant la conséquence d'une modification dans la statique des viscères abdominaux. Sous diverses influences — la grossesse en première ligne — le coude du colon ascendant à son union avec le colon transverse s'abaisse ; ce dernier se met en travers de l'abdomen, entraîne l'estomac, comprime les anses de l'intestin grêle qui tirent sur l'artère mésentérique; celle-ci enveloppée de son repli péritonéal forme une corde qui comprime le duodénum. De ces modifications de position résulte de la dilatation du duodénum, puis de l'estomac avec toutes leurs conséquences physiques, chimiques et réflexes, la congestion du foie, le déplacement du rein qui peut devenir mobile et dont M. Glénard poursuit alors la recherche, parfois aussi les déviations utérines. Tout cet ensemble complexe peut, d'après l'auteur et M. Féréol, être mis facilement en évidence, si, chez des sujets névropathiques à accidents indéterminés, on constate une intolérance absolue pour le lait, une insomnie survenant entre 2 et 4 heures du matin et accompagnée d'un malaise général. Si avec cela les malades accusent une sensation de pesanteur dans l'estomac, d'allongement de ce viscère, de vertiges, de tendance à la syncope en se tournant dans le lit du côté droit, on peut d'ores et déjà presque affirmer le diagnostic. Il est certain, si on constate l'existence d'un rein mobile et si enfin en soulevant avec les mains placées à plat sur la base de l'abdomen tout le paquet intestinal, on procure au malade un soulagement immédiat. La thérapeutique consiste surtout dans l'application d'une ceinture spéciale, pourvue de deux grosses pelottes à sa partie inférieure et qui a pour effet, comme les mains dans l'exploration, de soulever toute la masse abdominale procidente. M. Glénard complète ce traitement, d'ailleurs délicat à appliquer, tant il y a des variétés individuelles à ce sujet, par la prescription du bicarbonate de soude à haute dose et par une légère purgation quotidienne de 5 à 10 gr. de sulfate de soude. M. Féréol a reconnu la justesse de tous ces faits observés par M. Glénard et il vient l'affirmer hautement. Il n'a eu également qu'à se louer de sa méthode thérapeutique.

M. Guyot ne considère pas la déviation transversale du colon comme pathognomonique. Il insiste sur les difficultés qu'on a parfois à faire supporter la ceinture par certaines femmes. Sur une demande du président, M. Féréol affirme avec M. Glénard que les troubles nerveux sont consécutifs à l'entéroptose et disparaissent lorsqu'on a traité cette infirmité.

M. Millard communique à la Société *trois cas d'Hépatite alcoolique* grave avec ascite, qu'il a guéris au moyen du traitement suivant : régime lacté d'abord exclusif, auquel plus tard on associe des féculents ; abstinence *absolue* du vin et d'alcool ; ponction dès qu'il y avait une certaine quantité de liquide ascitique ; purgation une à deux fois par semaine, soit avec 15 gr. d'eau-de-vie allemande, soit avec 1 gr. de scamonée. Enfin, tous les jours, le malade prenait en plusieurs fois la potion suivante : eau bouillante, 200 gr. ; baies de genièvre, 10 gr. ; puis après infusion on ajoute : nitrate et acétate de potasse, āā 2 gr. ; oxymel scillitique, 30 gr. ; sirop des cinq racines, 35 gr.

Actuellement, les trois malades jouissent d'une santé parfaite, bien que deux conservent le foie un peu gros. Mais ils ont absolument renoncé à l'usage de l'alcool. M. Millard pense que, ainsi que le croit M. Troisier, l'hépatite qui n'en était qu'à la période de prolifération embryonnaire a pu, dans ces cas, rétrocéder au lieu d'évoluer vers la sclérose. Lorsque la guérison semble établie, le malade doit continuer l'usage du lait coupé d'eau comme boisson exclusive ; on peut lui permettre des féculents, du poisson, du pain et du fromage frais. Quant à l'iodure, M. Millard le réserve pour les hépatites syphilitiques ; comme il emploie l'hydrothérapie, le fer et l'arsenic dans les cas où le malade reste faible et anémié. En terminant, il affirme de nouveau avec M. Lancereaux la curabilité possible et radicale de la cirrhose alcoolique. L. Capitan.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 28 novembre 1888. — Présidence de M. Polaillon.

M. Trélat dépose sur le bureau un travail où il rapporte la *Statistique critique des opérations pratiquées dans son service pendant* 1888-89. Sans aucune défalcation, il arrive cette année au chiffre mortuaire de 4, 1 0/0 seulement ; sur 386 opérés, il a eu en effet 16 morts. Au début, sa statistique était de 16 0/0 de mortalité. En prenant seulement les opérations faites pendant la durée de son exercice personnel, il descend à 3, 6 0/0 (301 opérés, 11 morts). En défalquant les morts inévitables, le chiffre descend à 2 0/0 de mortalité environ. Le progrès est donc incontestable. M. Trélat montre ensuite pourquoi certaines amputations seront toujours fort graves, pourquoi il pense que la limite accessible en matière de bénignité opératoire, dans les amputations, est environ 16 0/0, tout compris. Il étudie ensuite les cures radicales de hernie et les laparotomies faites dans son service par lui ou M. Segond.

M. Terrier dépose sur le bureau deux observations de M. le Dr Defontaine (du Creusot), intitulées : 1° *Réflexions sur la guérison opératoire de l'empyème;* — 2° *Abcès du foie; Hépatotomie et suture du foie à la paroi abdominale.*

M. Terrier, à propos de sa dernière communication sur l'*hystérorrhaphie appliquée au traitement du prolapsus utérin*, dit que M. Pozzi a fait, en lui répondant mercredi dernier, un historique incomplet de cette question. C'est bien Olshausen qui le premier a pratiqué, de parti pris, l'hystérorrhaphie, et seulement cela, pour un cas de prolapsus. Mais le procédé opératoire est différent du sien et l'opération tentée a complètement échoué. En mars 1888, John Phillips fit de parti pris aussi une laparotomie pour prolapsus utérin avec l'intention de faire l'hystérorrhaphie ; mais il dut employer un procédé tout particulier, après l'ouverture du ventre.

Par contre, M. Terrier, le 7 août 1888, a mené à bien une hystérorrhaphie vraie, sans faire autre chose, et de parti pris. Certainement on a fait depuis longtemps des hystérorrhaphies pour le prolapsus, entr'autres Brenecke (1883, etc.) ; mais ce sont là des hystérorrhaphies pratiquées dans d'autres conditions, des sortes d'opérations complémentaires ou accessoires, faites une fois le ventre ouvert pour traiter une autre affection.

M. Trelat préfère, au mot Hystérorrhaphie, celui d'Hystéropexie πῆξις, fixation, πήγνυμι, fixer). (1)

M. Lucas-Championnière a fait une hystérorrhaphie récemment pour un cas de rétroversion.

Suite de la discussion sur le cancer de l'utérus.— M. Berger a fait deux fois l'hystérectomie vaginale ; il a eu deux morts, dont une par ligature des uretères. Ces résultats le rendent fort réservé en ce qui concerne les indications de cette opération.

M. Verneuil fait une très longue communication pour répondre à toutes les objections qui lui ont été faites. Pour lui,

(1) Autant dire alors *Utéro-fixation*, comme nous le faisions remarquer dans notre dernier numéro ; encore faudrait-il ajouter, si l'on voulait être précis, un qualificatif quelconque, car certains opérateurs fixent l'utérus d'une manière différente. Le mot hystérorrhaphie nous semble fort clair. On dit bien Néphrorrhaphie et même Hépatorrhaphie dans un sens analogue, dénominations que tout le monde comprend ; on devrait donc changer, suivant M. le Pr Trelat, néphrorrhaphie en néphropexie.

l'hystérectomie partielle va reprendre la place qu'elle mérite, car elle est recommandée par MM. Polaillon, Marchand, et acceptée dans certains cas par M. Tillaux et même MM. Richelot et Bouilly. Seuls MM. Trélat, Terrier et Reynier restent inébranlables dans leur conviction. Avant de discuter, il faut s'entendre sur les mots. Etant donné un néoplasme malin, l'opération ne peut être curative que si l'on peut arriver à une destruction complète de la lésion. On peut y croire, à cette opération curative, mais on ne peut jamais affirmer qu'on l'a faite. Peu importe que l'exérèse soit petite ou grande, qu'on enlève l'utérus en totalité ou en partie, ce qu'il faut c'est que l'exérèse soit suffisante. Pour lui, il ne croit pas à la cure radicale d'un cancer, probable après 2 ou 4 ans de survie, car il a vu des récidives après 6 ans. On peut classer ainsi les résultats obtenus dans les opérations ayant pour but le traitement du cancer utérin : 1° Survie nulle (mort opératoire); 2° survie sans cicatrisation locale (pas de succès opératoire), récidive immédiate; 3° survie notable (succès opératoire), mais récidive locale ou à distance à une période variable; 4e survie apparente, temporaire, faisant croire à une cure radicale (survie indéfinie sans récidive).

M. Verneuil revient alors sur le manuel opératoire; il montre que l'écraseur pour l'amputation du col est le meilleur instrument ; on évite ainsi une foule d'accidents imputables aux autres procédés. Les chirurgiens qui prônent l'hystérectomie totale ne voient que le but à atteindre, sans se préoccuper de la difficulté d'une opération où la moindre faute est très grave. La masse du public médical ne s'y trompera pas. Tous les opérateurs ne peuvent pas être des virtuoses de la chirurgie et il ne faut pas demander l'impossible aux praticiens. En province, on n'hésitera pas à préférer l'hystérectomie partielle. On ne pense pas assez, en courant après la cure radicale, aux victimes de la médecine opératoire. Et puis la récidive survient aussi vite et même plus vite après l'hystérectomie vaginale. Il cite 2 observations de M. Gérard Marchand qui plaident en ce sens. M. Verneuil fait ensuite la statistique totale des opérations d'hystérectomies vaginales publiées par les membres de la Société de chirurgie; sur 109 cas, 35 morts opératoires (32 0/0), 31 morts avec récidive, 18 morts inévitables, 25 guérisons temporaires (2 de 3 ans (Trélat, Terrier), 3 de 2 ans, 8 d'un an, 12 de moins d'un an). Cela donne 77 0/0 de récidive. La statistique personnelle de M. Terrier donne d'ailleurs 76 0/0 de récidive. M. Verneuil veut prouver que les critiques que lui ont adressées M. Terrier et Richelot sont erronées.

M. Terrier proteste et dit qu'il y a malentendu.

M. Verneuil, cette question vidée, insiste sur les rares indications de l'hystérectomie vaginale et dit que l'hystérectomie partielle vaut autant, au point de vue des résultats obtenus. Il recommande la dernière, quoiqu'il admette ordinairement qu'il faille enlever le plus possible des tissus envahis par les néoplasmes, à cause de sa bénignité. MM. Trélat et Terrier ont montré avec raison qu'il fallait étudier désormais avec beaucoup de soin, au point de vue macroscopique et microscopique, l'anatomie pathologique du cancer utérin. Oui, certes, mais il ne faut pas croire que jusqu'ici on n'a rien fait à ce point de vue. Les histologistes peuvent disputer longtemps sur les cellules de ce cancer, mais le chirurgien est fixé aujourd'hui. Quoiqu'il en soit, M. Verneuil reconnait qu'il faut faire un diagnostic histologique précis. Il est heureux d'avoir soulevé cette discussion, car elle lui a donné l'occasion de montrer qu'il fallait se modérer en fait d'hystérectomie vaginale et ne pas aller trop vite.

M. Trélat. — L'anatomie pathologique pourra-t-elle un jour établir que certains cancers, reconnaissables cliniquement, resteront limités à un court espace de l'utérus? Pourra-t-elle montrer dans d'autres cas que les lymphatiques seront toujours pris ? Il ne le croit guère ; c'est à la médecine opératoire à résoudre ces questions.

La discussion sur le traitement du cancer utérin est close.

M. Berger présente une petite malade de 12 ans à laquelle il a fait une *ostéotomie avec application de l'appareil d'Hennequin à extension continue pour un cal vicieux du fémur avec 6 cent. de raccourcissement.* Il n'a pas fait bien entendu de suture osseuse. Très beau résultat, guérison sans raccourcissement.

M. Jalaguier présente un malade qu'il a opéré pour une *pseudarthrose flottante du bras.* Le brachial antérieur était interposé entre les deux fragments qu'il libéra et aviva. Il plaça entre les deux une cheville d'os de veau aseptique (sublimé, ébullition) et sutura le brachial antérieur ; pas de drainage; guérison et consolidation du membre sous deux pansements.

Nominations. — Commission destinée à examiner les titres des candidats à la place de membres correspondants étrangers : MM. Lucas-Championnière, Pozzi, Horteloup, Quénu ; — des candidats à la place de correspondants nationaux : MM. Le Dentu, Terrier, Richelot, Nélaton. Marcel Baudouin.

1er CONGRÈS TRIENNAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS AMÉRICAINS

Congrès de Washington. (18, 19 *et* 20 *sept.* 1888.) (Suite) (1).

Section d'obstétrique et de gynécologie.

1er *jour.* — 18 septembre.

M. le Dr William H. Taylor (de Cincinnati), président. — *De l'abus de la laparotomie; des soins à employer pour apaiser les douleurs du travail.*

M. le Dr Cordez (de Genève). — *Traitement de l'endométrite par les injections d'acide nitrique fumant.* Il emploie de 1 à 4 grammes de cet acide, lave le vagin avec une solution saturée de bicarbonate de soude, pour éviter les brûlures, et, par la suite, donne des douches extra-vaginales avec une solution de sublimé. Deux cas de guérison. — *Eclampsie puerpérale.* L'auteur administre les bromures et du chloral.

M. le Dr J. Price (de Philadelphie). — *Drainage dans la chirurgie abdominale et pelvienne.* Il est préférable de se servir d'un tube à drainage, même quand son emploi n'est pas indispensable ; car souvent, après l'opération, il y a une effusion sanguine abondante. L'auteur remplit le tube de coton antiseptique, que l'on change fréquemment, et fait des injections à travers le tube.

M. le Dr Clinton Cushing (de San-Francisco). — *Etude sur les abcès pelviens.* La cause la plus fréquente est la pyosalpingite; la marche est souvent lente, dure plusieurs années. Les symptômes sont : fièvre, émaciation, douleur, sueurs nocturnes. Le pus doit être évacué dans la pyosalpingite, après la laparotomie ; dans les autres cas par une ponction vaginale. L'auteur présente un trocart destiné à cet usage.

Une discussion est ouverte à propos de l'emploi du drainage dans les abcès pelviens.

M. le Dr Montgoméry (de Philadelphie). — *La laparotomie dans la péritonite* est indiquée dans la forme puerpérale, après la perforation intestinale, dans la péritonite tuberculeuse.

M. le Dr Vander Veer (d'Albany). — *La chirurgie abdominale, l'obstétrique et la gynécologie.*

M. le Dr Wathen (de Louisville). — *Traitement de la rupture du périnée.*

M. le Dr Marcy (de Boston). — *Périnée de la femme, anatomie, physiologie; méthodes de restauration après sa rupture.*

2e *jour.* — 19 septembre.

M. le Dr Potter (de Buffalo). — *Double ovariotomie pendant la grossesse.* Opération couronnée de succès ; terminaison de la grossesse à terme.

M. le Dr Byron Stanton (de Cincinnati). — *Accouchement prématuré artificiel.* Cette opération est moins grave que l'opération césarienne. L'auteur dit qu'on ne doit agir que dans les cas de bassin de 2 pouces 1/2 à 3 pouces 1/2 de diamètre. L'accouchement prématuré artificiel est indiqué : dans le placenta prævia et l'albuminurie. La méthode opératoire qu'il préfère est l'introduction d'une bougie élastique dans le col utérin.

M. le Dr Opie (de Baltimore). — *Indications du forceps.*

M. le Dr Etherigde (de Chicago). — *Technique de l'hysté-*

(1) Voir *Progrès médical*, nos 41, 42, 43, 44, etc.

rectomie vaginale. L'auteur remplace la forcipressure par des ligatures ; il a pu réduire la durée de l'opération à un minimum de 7 minutes.

M. le Dr SHARPE (de Chicago). — *Un cas d'hématocèle intrapéritonéale suppurée.*

3e *jour.* — 20 septembre.

M. Le Dr THOMAS T. MAXWELL (de Krokuk). — *Fibrômes utérins, diagnostic et traitement.* L'auteur administre l'ergotine à l'intérieur ; il n'a pas confiance dans l'électrolyse.

M. le Dr HAMPTON EUGÈNE HILL (de Saco). — *Opération pour un cas inusité de fibrôme de la partie inférieure de l'utérus.* Tumeur énorme, molle, fluctuante du côté gauche de l'utérus et dure à droite, donnant l'impression d'un kyste de l'ovaire. L'opération fait voir que c'était un fibrôme solide, retenu à la paroi abdominale par des adhérences contenant des vaisseaux. Guérison ; la tumeur pesait 27 livres.

M. le Dr FRANKLIN TOWUSEND (d'Albany).— *Grossesse extra-utérine.* L'auteur adopte la théorie de la fécondation de l'ovule avant l'arrivée dans la trompe.

M. le Dr JOSEPH PRICE (de Philadelphie). — *Diagnostic de la grossesse extra-utérine.*

M. le Dr E. MONTGOMERY (de Philadelphie). — *Traitement de la grossesse extra-utérine.* L'enkystement de l'œuf, s'il se produit, permet à la mère de vivre. L'auteur, avant le 4e mois, pratique l'électrolyse. Après, il est utile d'enlever l'œuf, mais on peut toutefois. auparavant, user des courants faradiques pour tuer le fœtus. Le Dr Montgomery recommande d'employer la méthode de Martin.

M. le Dr BALDY (de Philadelphie) propose les conclusions suivantes : 1° Dans toute forme de grossesse extra-utérine, avant le 4e mois, on doit tuer le fœtus par les courants faradiques ; 2° Du 4e au 6e mois, même traitement, et quelques semaines plus tard, laparotomie ; 3° Dans un cas de rupture, faire la laparotomie immédiatement, enlever le sac, son contenu et le sang écoulé ; 4° Après le 6e mois, attendre la vitabilité du fœtus, faire la laparotomie en évitant la séparation du placenta et fermer le sac ou extraire par le vagin ; 5° Si le fœtus est mort, l'enlever quelques semaines plus tard par la laparotomie; 6° Si le fœtus est macéré et s'il y a formation d'un abcès, agrandir la cavité et enlever les restes du fœtus.

M. le Dr GEORGE ROHÉ (de Baltimore). — *De quelques affections cutanées fréquemment associées à des troubles généraux chez la femme* (urticaire, hyperhydrose, acné). — L'arsenic donne de bons résultats dans ces cas.

M. le Dr EDWARD J. SEE (de Newark). — *Tumeur dermoïde de la paroi abdominale,* de 13 centimètres de long sur 17 de large. L'opération met à nu l'estomac, le foie et l'intestin. La malade a bien guéri.

M. le Dr LAPTHORN SMITH (de Montréal). — *Détails sur le maniement des courants continus en gynécologie* (antisepsie rigoureuse, galvanomètre de Gaiffe, etc.).

Section de gynécologie.

1er *jour.* — 18 septembre.

M. le Dr KELLEY (de Philadelphie). — *Palpation des uretères chez la femme.* Cette méthode aide beaucoup le diagnostic des affections de l'uretère et du rein (calculs, lésions inflammatoires). On peut examiner les uretères par l'inspection ou la palpation. Pawlick les cathétérise après avoir dilaté la vessie avec une faible quantité de liquide. Le Dr Kelley a cathétérisé sans s'en douter les uretères d'un homme, en faisant l'examen de la vessie.

M. le Dr WILLIAM M. POLK (de New-York) propose d'atteindre l'uretère depuis son extrémité viscérale jusqu'au niveau de l'artère iliaque au moyen d'un instrument approprié, dont une tige serait passée par la vessie et l'autre par le rectum.

M. le Dr T. A. EMMET (de New-York). — *Uréthrocèle.* Cette affection existe souvent à la suite d'une large déchirure double du col et quand la femme a eu plusieurs enfants. Elle reconnaît pour causes : 1° Une délivrance rapide avec contractions rares, mais violentes ; 2° un travail lent où l'on s'est servi d'ergot ou de forceps. En laissant quelque peu d'urine dans la vessie, celle-ci fait une sorte de coussin qui empêche les lésions de l'urèthre ; si la pression est trop grande, l'urine s'échappe. Les lésions de l'urèthre se guérissent souvent naturellement ; sinon il y a uréthrocèle. L'auteur continue à employer la méthode qu'il a recommandée dite « *button hole opération.* »

M. le Dr SHEENE (de New-York) différencie la dilacération de l'urèthre de la distension de son tiers moyen, quoiqu'elles puissent être dues à la même cause. Il pense que l'ouverture du centre de l'urèthre peut guérir la dilacération de l'urèthre.

M. le Dr STANSBURY SUTTON (de Pittsburg). — *Abcès pelviens.* Ils sont le plus souvent dus à la pelvipéritonite ; celle-ci peut être septique ou non. Souvent on ne peut en trouver l'origine septique. L'auteur applique un vésicatoire ou de la glace sur l'abdomen.

M le Dr WILLIAM GOODELL (de Philadelphie). — Les abcès pelviens ne sont jamais consécutifs à la blennorrhagie, mais à l'introduction de poisons septiques. Ils sont dus le plus souvent au froid, au moment des règles. Il faut, dès que le pus apparaît, faire une ouverture par le vagin, même s'il y a une fistule rectale ; l'abcès guérit rapidement. Parfois l'abcès est situé si haut qu'il est impossible d'user de cette méthode. A la suite, il faut faire des injections au sublimé, à moins que le liquide ne passe dans le rectum, et alors se servir de solution de permanganate. Dans les abcès iliaques, l'auteur cherche à les ouvrir par le vagin. Quand il y a de nombreuses fistules périnéales, il y injecte une solution de sublimé.

M le Dr GAILLARD THOMAS (de New-York) admet *trois formes d'abcès pelviens* : 1° Inflammation du ligament large ; 2° I. du tissu cellulaire situé entre le vagin et la partie postérieure de l'utérus ; 3° I. du tissu cellulaire entre la vessie et l'utérus ; 4° La forme traitée comme pyosalpingite. Le symptôme qui fait faire le diagnostic est l'immobilité des abcès pelviens, tandis que les tumeurs sont mobiles. L'auteur ouvre aussi l'abcès par le vagin.

M. le Dr W. GILL WYLIE (de New-York) admet que sur cinq abcès pelviens arrivant un an ou deux après l'accouchement, quatre sont dûs à de la salpingite ou à de l'ovarite, faits constatés par la laparotomie. On a confondu à tort ces faits avec ceux dus à des infections septiques. L'auteur préfère la laparotomie ; l'ouverture par le vagin ne donne pas de résultats satisfaisants.

2e *jour.* — 19 septembre.

M. le Dr SPENCER WELLS (de Londres). — *Double ovariotomie chez la même malade.* Lorsque l'auteur opère des femmes jeunes, s'il est incertain de l'état du second ovaire, tantôt il l'enlève, tantôt il le laisse. Parfois il l'a laissé, quoiqu'il parût légèrement atteint, et la femme a eu des enfants et n'est pas morte. L'ablation du second ovaire augmente les dangers de l'opération. Il laisse toujours l'autre ovaire, s'il est réellement sain, et l'enlève s'il est positivement malade. Chez les vieilles femmes, où l'ovaire est sans utilité, il est plus libre de l'enlever. Dans 1,000 ovariotomies il a laissé le second ovaire chez nombre de femmes, et ces femmes ont eu 128 enfants, et deux femmes seulement sont mortes.

M. le Dr WILLIAM THOMPSON LUSK (de New-York). — *Nouvelle opération césarienne.* L'auteur présente trois cas d'opération de Sœnger, qu'il a faites à « Bellevue Hospital » (New-York). Les trois mères ont survécu ; un des enfants est mort de tétanos au bout de 36 heures.

M. le Dr HOWARD A. KELLEY (de Philadelphie) en rapporte 2 cas; dans l'un d'eux, l'enfant mourut de trismus en 36 heures.

M. le Dr HENRY J. GARRIGUES (de New-York) a pratiqué la 3e opération césarienne par la méthode dite de Sœnger, mais sans connaître cet auteur et sans avoir lu une ligne de son ouvrage. Il emploie le catgut pour les sutures.

M. le Dr GAILLARD THOMAS (de New-York). — *Etiologie, pathologie et traitement de flexions utérines.* Elles présentent comme variétés : 1° Antéflexion du corps, le col étant dans une position normale ; 2° antéflexion du col, le corps dans une position normale ; 3° antéflexion simultanée du corps et du col ; 4° antéflexion irréductible ; 5° antéflexion réductible. A dix ans, au moment où l'utérus commence à se développer, des vêtements défectueux ou une constipation opiniâtre engendrent ces troubles. A 14 ou 15 ans, si l'antéflexion est formée, le cas devient grave. Parfois la déviation est située si haut, qu'elle passe inaperçue. Après avoir endormi la malade, l'auteur fait un lavage antiseptique du vagin, abaisse le col dans

le liquide, où il le maintient, et fait une incision en arrière. Quelquefois cette section postérieure est insuffisante et l'ablation du col est alors nécessaire.

3e *jour*. — 20 septembre.

M. le Dr T. A. Reanny (de Cincinnaty). — *Amputation du col utérin dans le cancer* (1). Sur 300 cas de cancer utérin (de 1876 à 1885) qu'a vus l'auteur, 55 étaient opérables, le néoplasme n'ayant pas envahi le corps. Le diagnostic doit être fait dès le début, et l'opération rapidement. L'auteur pense que les tissus malades sont plus complètement enlevés par l'amputation du col que par une ablation totale, les régions postérieures étant enlevées sur une grande étendue et ces régions étant les plus dangereuses. Dans l'extirpation totale, on ne sectionne pas aussi librement : on donne plus d'attention à l'enlèvement de l'utérus. Sur 55 opérées, 29 ont guéri, et 26 sans récidive; dans un cas la récidive a eu lieu après trois ans.

M. le Dr Graily Hewitt (de Londres). — *Vomissements graves dans la grossesse*. Ils peuvent reconnaître pour causes : les émotions, l'alcoolisme chronique, les déviations utérines, surtout l'antéversion. Dans certains cas l'application d'un pessaire a guéri les vomissements.

M. le Dr George J. Engelmann (de Saint-Louis). — *La nouvelle méthode d'électrothérapie en gynécologie*. L'électricité est un adjuvant de la chirurgie, dans les indurations, les produits inflammatoires, les inflammations interstitielles et les néoplasmes. Ce que ne guérit pas l'électricité est mis dans des conditions meilleures pour être opéré! L'auteur, ainsi que le Dr Wilson, font grand éloge du traitement du Dr Apostoli.

M. le Dr T. Hanks (de New-York). — *Du diagnostic hâtif de la grossesse tubaire et de son traitement par l'électricité*. Pour cela le diagnostic doit être fait avant le 4e mois. L'auteur a perdu 2 cas sur 16 à la suite de la de laparotomie, et 2 sur 20 après l'emploi de l'électricité.

M. le Dr J. C. Rewes pense que l'électricité peut être la cause de rupture de l'œuf; aussi se munit-il des instruments nécessaires pour faire la laparotomie, quand il entreprend la précédente opération.

Section des maladies des voies génito-urinaires.

1er *jour*. — 18 septembre.

M. le Dr Roswell Park (de Buffalo). — *Pyémie comme conséquence directe de la gonorrhée*. Un malade est atteint de gonorrhée depuis plusieurs semaines, lorsque le genou gauche se tuméfie avec rougeur, puis l'autre genou ; le malade est pris de phénomènes typhoïdes avec délire, et meurt. On trouve du pus dans les articulations malades, et on y trouve des microbes de la suppuration ordinaire, mais pas de gonoccoques.

M. le Dr Edward L. Keyes, président, demande si le malade n'avait pas eu antérieurement une blennorrhagie, et dans ce cas il aurait pu présenter des phénomènes d'uréthrite non gonococcique; dès lors l'infection pyémique pourrait s'expliquer.

MM. les Drs John P. Bryson et Edwin C. Burnett. — *Observations cliniques de gonorrhée; étude spéciale sur l'étiologie, la durée et le traitement*. Cette étude comprend 1,394 cas de blennorrhagie. Le traitement abortif est inefficace ; le traitement local n'est justifié dans la 1re et la 2e période, la tendance de la maladie à devenir chronique semble être accru par l'usage de topiques pendant la 1re et la 2e période; le traitement dit méthodique (administration de médicaments à l'intérieur) combiné à des mesures d'hygiène, ne diminue pas la durée de l'affection; toutes les applications locales doivent être réservées pour la 3e période. Le sublimé et les autres germicides destinés à faire avorter la maladie ne peuvent détruire tous les germes.

M. le Dr Edward R. Palmer (de Louisville). — *Rétro-injections dans la blennorrhagie*. Irrigations 3-4 fois par jour avec une solution chaude de sublimé au 1/10000 au moyen d'une sonde de Keifer, combinées avec les injections astringentes ordinairement employées.

(1) Voir la récente discussion sur ce sujet à la *Société de Chirurgie de Paris*.

M. le Dr F. R. Sturgis (de New York). — *Traitement local des écoulements uréthraux chroniques*. Il consiste dans l'introduction par le tube de l'endoscope d'un plumasseau de coton chargé d'une solution de nitrate d'argent, au niveau du point malade. On peut employer une solution forte.

M. le Dr John A. Fordyce (de Chicago). — *Opinions d'Oberlander* (de Dresde) *sur le diagnostic et le traitement de l'uréthrite chronique*.

M. le Dr Samuel W. Gross (de Philadelphie). — *Rapports entre la masturbation et le rétrécissement*. Sur 300 cas de rétrécissement, l'auteur a trouvé 88 % de masturbateurs n'ayant eu auparavant ni blennorrhagie, ni tout autre cause pouvant expliquer leur lésion. Parmi ces rétrécissements, 82 % étaient à 1/3 de pouce du méat, les autres plus profonds.

Le Dr Weir a observé le même fait chez des enfants; on a pris trop souvent ces rétrécissements chez des masturbateurs comme étant de nature pathologique.

M. le Dr Taylor a trouvé aussi au moyen de l'endoscope des points tuméfiés ou des constrictions dans les mêmes cas. M. le Dr Keyes, président, appelle l'attention sur les resserrements normaux de l'urèthre décrits par Weir et Autal.

M. le Dr Edward L. Keyes (de New-York). — *Etude sur la curabilité du rétrécissement uréthral par l'électricité*. Dix essais faits en 1871 au moyen de la méthode de Mallet et de Fripier n'ont donné aucun résultat; 7 traités par la méthode de Newman (courants moyens à longs intervalles) n'ont pas eu plus de réussite.

2e *jour*. — 19 septembre.

M. le Dr S. Watson (de Boston). — *Traitement opératoire de l'hypertrophie de la prostate*. Les indications de l'opération sont : mictions fréquentes, attaques répétées de rétention, cathétérisme nécessaire, cystite purulente ou hémorrhagique et échec du traitement palliatif, Trois éléments importants doivent guider l'opérateur dans le choix de la voie à prendre pour arriver sur la prostate : 1° au point de vue anatomique, la distance du point d'union de la portion prostatique et de la portion membraneuse au point le plus éloigné du lobe médian, cette distance ne devant pas excéder 2 ou 3 quarts de pouce ; 2° la forme du lobe médian ; s'il est très saillant, la voie sus-pubienne est préférable; 3° la contenance et la distension possible de la vessie. Le lobe médian hypertrophié forme l'obstacle principal à la miction ; dans les 2/3 des cas cette portion de la prostate peut être enlevée par le périnée, dans l'autre 1/3 il faut se servir de la voie sus-pubienne. Sur 24 opérations palliatives par le drainage, l'auteur trouve 12 morts, parmi lesquels la ponction sus-pubienne avec canule à demeure est la plus dangereuse et le drainage périnéal le moins grave ; sur 53 cas d'opérations radicales, 16 % de morts, et les opérations périnéales ont donné les meilleurs résultats.

M. le Dr Bolton Bangs (de New-York). *Observations cliniques de maladies du testicule* : 1° testicule non descendu enflammé avec signes de hernie étranglée ; incision du cordon spermatique enflammée, d'où s'échappe un flot de pus. Le lendemain, apparition d'une uréthrite ; 2° testicule atteint d'inflammation chronique due à une irritation prolongée de l'urèthre prostatique, avec tous les caractères de la tuberculose ; la castration est décidée, lorsque se produit l'issue d'un calcul prostatique, suivie de guérison ; 3° testicule tuberculeux avec hydrocèle traumatique.

M. le Dr Frank W. Rokwell (de Brooklyn). — *Cancer primitif de l'épididyme*.

M. le Dr William M. Martin (de Mobile). — *De la filaire sanguine et du parasite du chylocèle de la tunique vaginale*.

M. le Dr Alexander W. Stein (de New-York). — *Quelques points de diagnostic différentiel des maladies de la vessie et du rein*. L'auteur vante l'utilité du cystoscope.

M. le chirurgien major Keegau (d'Indore). — *La litholapaxie chez les enfants mâles*.

M. le Dr Abner Post (de Boston). — *Hypertrophie de la prostate à 42 ans*.

M. le Dr Fressenden N. Otis (de New-York). — *Evacuateur et méthode perfectionnée pour l'enlèvement des débris de la vessie*.

3e jour. — 20 septembre.

M. le Dr William H. Kingston (de Montréal). — *Opérations sur le rein.* L'auteur emploie la méthode rétro-péritonéale. Il rapporte le cas d'une femme qu'il opéra, et chez laquelle le diagnostic était hésitant entre un kyste de l'ovaire ou du rein.

M. le Dr Frank W. Rockwell. — *Lithiase rénale compliquée d'hydronéphrose.* L'auteur fit la néphrotomie lombaire et ne trouva pas le calcul. Au bout de 20 jours un calcul sortit par la plaie et les symptômes cessèrent; mais on constata bientôt la présence d'un calcul vésical.

Quatre membres du congrès rapportent des cas de néphrotomie lombaire avec succès. M. le Dr W. Gill Willie préfère l'incision abdominale, qui donne une voie plus large pour l'enlèvement des calculs et qu'il ne trouve pas bien plus dangereuse que l'autre.

M. le Dr Georges Chismore (de San Francisco). — *Effets du changement rapide d'altitude dans un cas de néphrite interstitielle avancée.* Mort rapide à la suite d'un voyage comportant un changement dans l'altitude.

M. le Dr Fessenden N. Otis (de New-York). — *Résumé d'une expérience de dix-sept ans sur l'uréthrotomie dilatatrice pour la cure radicale du rétrécissement.* Une première série de la statistique porte sur 100 cas; il n'y a eu aucune mort ni aucun accident grave; 31 malades ont été revus 2 ans après l'opération, 23 un an après, tous sans aucune trace de rétrécissement. Dans la seconde série comprenant 136 cas, 82 ont été revus: chez 67 malades il y a eu récidive, 5 ans après dans 2 cas, 4 dans 3 cas, et 3 dans 16 cas. La troisième série porte sur 420 cas; 62 malades ont été revus, la récidive a eu lieu chez 18. L'auteur conseille une incision large au niveau de la ligne médiane à la partie supérieure de l'urèthre; il fait la dilatation lorsque le rétrécissement est complètement sectionné.

M. le Dr Charles Williams (de Norwich). — *Calcul vésical avec leucémie splénique.*

M. le Dr Reginald Harrisson (de Liverpool). — *Lithotritie périnéale.* L'auteur lui trouve les avantages suivants : la possibilité de l'exploration digitale, l'évacuation rapide, le drainage.

M. le Dr Bryson dit que la litholapaxie périnéale est préférable lorsque la pierre est petite; mais on ne peut l'employer si le col de la vessie est dilaté.

M. le Dr Henry G. Mudd (de Saint-Louis). — *Cas anormal de calculs uréthraux.* Le calcul le plus volumineux (281 grains) était situé au niveau du bulbe, et 7 ou 8 autres étaient dans la portion membraneuse de l'urèthre, d'autres plus petits dans des cellules vésicales. A. Raoult.

61e CONGRÈS DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS.

Session de Bonn (1888) (Suite) (1).

Section de physiologie.

Réunie à la section de Zoologie par suite du retard des notabilités désireuses d'apporter des communications, elle n'en est pas moins maintenue.

M. Sigm. Exner (de Vienne). — *L'œil de l'Hydrophile.* Exner montre que chaque facette cornéenne fournit une image minuscule et renversée des objets extérieurs. Mais cette image pendant la vie ne se produit pas, parce qu'en arrière de chacune des facettes cornéennes existe un cône cristallinien; les manipulations de l'observateur le déplacent ou l'enlèvent inconsciemment; s'il est maintenu, l'image en question n'est pas dessinée. Cette opinion, l'orateur l'a émise il y a plusieurs années; il a même ajouté que *l'œil de l'insecte était le siège d'une seule image rétinienne, d'une image droite,* moins tranchée mais plus avantageuse sous d'autres rapports que l'image renversée des animaux Vertébrés. Mais entre une opinion et une démonstration, il y a loin : cette distance, M. Exner l'a franchie. Chez la plupart des insectes, on ne réussit pas à l'obtenir à cause de la profusion de pigment qui forme autant de couches entre les segments de facettes. Si l'on promène son pinceau sur le pigment on enlève en même les cônes cristalliniens et, par suite on détruit tout le système optique. Chez les lampyres, ces cônes adhèrent aux facettes cornéennes de sorte qu'on peut, se débarrassant des parties molles et du pigment, conserver l'appareil catoptico-dioptrique. On place cet appareil sous le microscope; on en place en bas la surface cornéenne en contact avec le milieu ambiant de l'air, tandis que les cônes cristalliniens, tournés en haut, baignent dans un liquide dont l'indice de réfraction est égal à celui du sang de l'animal : on voit alors une image rétinienne droite, bien plus vive qu'on ne s'y fût attendu; elle mesure dans l'espèce vingt-trois centièmes de millim. au-dessus de la base des cônes cristalliniens. Elle ne le cède guère en netteté à celle de l'œil du lapin; si l'on place au-dessous de la platine du microscope de petits objets, immédiatement l'observateur en reconnait la forme, et les détails. Le liquide dont on se sert se compose d'un mélange de glycérine et d'eau.

MM. N. Zuntz (de Berlin) et C. Lehmann. — *Recherches sur les effets qu'exerce le travail mécanique sur les échanges nutritifs des animaux, et en particulier du cheval.* La consommation d'oxygène et la production d'acide carbonique étaient déterminées par le cubage de l'air expiré au gazomètre et l'analyse d'une partie spécifiée de cet air. Le travail était produit par un manège ainsi construit: Une chaîne d'anneaux fermée peut glisser à l'aide de poulies cylindriques sur une voie ferrée; celle-ci est couverte de madriers sur lesquels l'animal se tient ou marche commodément. On en obtient à volonté la situation horizontale ou les diverses inclinaisons et l'assujettissement dans le sens que l'on désire. Voici le plan du manège horizontal; on lui imprime à l'aide d'une machine à vapeur un mouvement en arrière, l'animal est alors forcé de marcher en avant avec la vitesse correspondante. Si on le fait tirer, il déplace sous lui le plancher en déployant un effort dont l'intensité variera suivant le degré dont on serrera le frein sous-jacent au mobile et se mesurera sur un dynamomètre inséré entre les cordes de traction. En inclinant le manège et exécutant les conditions de l'augmentation du poids du corps ou, si l'on préfère, du fardeau dont l'animal était chargé, la grandeur du travail effectué alors est exprimée par le produit de la hauteur de la montée et de l'augmentation de la charge. Un animal de 400 à 500 kilog., qui inspire au repos 30 à 45 litres par minute, inspire quand il marche horizontalement, 180 à 250; quand il trotte, 400 litres à peu près; quand il tire en montant, 500 litres et plus. On constate dans air l'expiré pendant le repos ou le travail une disparition d'oxygène et une teneur en azote de 3 à 4,5 pour cent. Ces deux espèces d'analyses sont concordantes. Le quotient respiratoire n'est guère modifié par le travail; immédiatement après que le travail a cessé, la respiration continuant à être exagérée, ce quotient est encore élevé bien que la consommation des matériaux de l'individu soit redevenue normale. La consommation d'oxygène est à l'état de repos, en moyenne de 3cc. 40 par kilog. et par minute, à peu près comme chez l'homme. Le mouvement horizontal produira un excès de consommation de 0,091 par kilog. et par mètre parcouru. L'ascension entraîne par kilogrammètre un excès de 1cc35; la traction 1cc39; la traction et l'ascension combinées, 2cc. Les travaux les plus économiques au point de vue qui nous occupe sont ceux qui s'exécutent à l'aide des mouvements naturels, semblables à ceux que l'animal effectue en pleine liberté.

M. P. Grützer (de Tubingue) explique la construction et le mécanisme d'une *sirène électrique* ainsi composée: Un disque de fer percé de trous d'une forme déterminée à des distances égales, tourne entre les pôles d'un électro-aimant. Suivant l'éloignement des pôles du disque, la rapidité de rotation de celui-ci, la forme des trous, les courants électriques affectent un mode et une force variés. Si on adapte un téléphone à la machine, on percevra diverses vibrations.

M. P. Grützer. — La *coagulation spontanée* du lait ne *produit pas un coagulum* identique au caillot qui dérive de *l'addition d'un acide.* Le premier constitue une masse formée de miettes semblable à l'albumine obtenue par précipité; le second se compose de fibres qui rappellent la charpente conjonctive d'un ganglion lymphatique privé de ses corpuscules lymphoïdes; la présure provoque donc un phénomène tout à

(1) Voir *Progrès médical*, n° 40, 41, 42, 43, 44, 46.

fait semblable à la coagulation du sang; dans les deux cas, il y a une fermentation dont le produit est un fromage (fibrine) contexture identique.

M. RICHARD EWALD (de Strasbourg). — *Des vibrations céphaliques.* En imprimant à sa tête une série d'oscillations horizontales extrêmement rapides, on détermine des vibrations distinctes du tremblement ordinaire. Ainsi, le nombre des oscillations est constant, invariable pour chaque individu. M. Edwald obtient sur lui-même 16,5 vibrations pour la première seconde, puis seulement 15 vibrations pendant les autres secondes. Le graphique fournit des courbes excessivement régulières entre elles, ainsi qu'on le constate au compas. Impulsions émanées du centre excito-moteur des muscles de la nuque du côté droit et du côté gauche alternativement — production et entretien rhythmique d'un tétanos bilatéral — genèse réflexe du mouvement de la tête d'un côté quand le côté opposé se meut, tel est le détail des actes de la pièce physiologique en question.

M. R. EWALD. — *Contribution à la mensuration du temps de réaction.* D'abord commencées avec M. KOBERT (de Dorpat), ces recherches déterminent les conditions dans lesquelles on obtient pour le temps de réaction une constante ou à peu près. 1° Il faut que le sujet en expérience manifeste la réaction par la projection de la main. 2° Il faut que l'excitation consiste en une décharge électrique qui frappe le doigt au point même d'application. 3° Deux secondes avant la sollicitation, on avertira le sujet par un coup de cloche faible dépourvu de répercussion. 4° Chaque expérience ne se fera pas à une distance supérieure de dix secondes de la précédente. 5° Il faut faire l'éducation du sujet en expérience et lui faire prendre connaissance du temps de la réaction immédiatement après que celle-ci a eu lieu. 6° On expérimentera dans une pièce tout à fait silencieuse éloignée des appareils en action. Dans ces conditions, le temps de réaction de M. Ewald est de 0 s. 09, les écarts de cette moyenne atteignent rarement plus de 0 s. 01.

M. R. EWALD. — *Contribution à la physiologie des canaux semi-circulaires.* Ses recherches ont consisté à introduire dans ces organes des feuilles de plomb. Ses conclusions sont les suivantes: Il faut maintenir la distinction établie par Spamer, Cyon, Baginsky et autres en symptômes primitifs et symptômes secondaires à la suite de la lésion des canaux semi-circulaires. Ce n'est pas l'altération graduelle de certaines parties centrales qui détermine les symptômes secondaires, c'est le défaut de liquide (périlymphe et endolymphe réunies) dans les canaux. En effet, on peut provoquer les symptômes secondaires immédiatement après l'ouverture des conduits en question, en aspirant le liquide précité. Mais, si l'on obture et remplit hermétiquement les canaux semi-circulaires à la façon dont on plombe les dents, on ne les observe pas, même après plusieurs semaines. Voici un pigeon chez lequel on a pratiqué d'abord le plombage des deux canaux horizontaux; on les a sectionnés en dernier lieu; l'expérience a été pratiquée il y a 14 jours. L'animal n'a pas présenté trace de symptômes secondaires. En remplissant de plomb les cavités déterminées par la section, on évitera intégralement les symptômes qui nous occupent, si l'on a eu soin d'enlever des deux côtés les ampoules et les canaux membraneux. Les pigeons ainsi traités présentent de l'affaiblissement de tous les muscles striés, y compris ceux de la mâchoire, de la langue, du larynx; ils succombent à une atrophie musculaire généralisée des plus nettes.

M. EXNER. — Je suis autorisé à dire que Breuer a réussi en excitant des points tout à fait circonscrits de certaines ampoules et produire des mouvements déterminés. Les résultats de M. Ewald obtenus par le plombage contredisent-ils la manière de voir de Goltz sur les canaux semi-circulaires ?

M. EWALD. — En assujettissant dans les canaux sectionnés des tuyaux de caoutchouc extrêmement fins, nous avons produit, par les oscillations artificielles ainsi déterminées, des mouvements de la tête; une pression positive provoque un mouvement, une pression négative en engendre un autre inverse. Le rapport entre telles ampoules et tels groupes musculaires est parfaitement compatible avec nos observations. L'allure de nos pigeons n'est pas le moins du monde en contradiction avec les opinions de Goltz.

M. CARL HAUPTMANN (de Zurich). — *Contribution à la théorie physiologique de l'activité psychique.* Voici les faits positifs émanés des recherches de l'orateur: 1° Tous les organismes vivants normaux se distinguent des êtres dépourvus d'organes en ce qu'un monde d'excitations déterminent chez eux des mouvements de réaction ayant pour objet la conservation de l'organisation intégrale. Les modalités biologiques individuelles représentent une sorte de code physiologique, un système qui répond de soi au milieu des luttes qui portent atteinte à sa conservation. 2° L'individualité psychique n'est donc que l'image du combat que livre l'organisme pour se conserver intact à l'aide des réactions motrices au sein d'un certain cercle d'excitations. Le commencement du développemet psychique réside uniquement dans les excitants, les réactions motrices, l'enchaînement des excitations et des mouvements de conservation dans leurs rapports réciproques; voilà les premiers éléments de la vie mentale. 3° Telle est, dans l'histoire du développement, l'organisation des êtres que le cercle des excitants à utiliser pour la conservation ou au contraire à rejeter pour le même motif se multiplie et s'étend de plus en plus. Ainsi se produisent, échelons par échelons, les mécanismes d'élimination et d'association. 4° L'activité de ces deux espèces de mécanismes se retrouve dans l'ordre subjectif, dans les conceptions et les groupes de conceptions; on y rencontre le processus de conservation subjectif qui se rattache à une perception sensorielle qui pousse un bourgeon du côté des centres avant de se terminer par un mouvement de conservation. De là les théories suivantes. *A*). Le système neuromusculaire produit les mouvements de conservation de l'ensemble de l'organisme en face des excitants extérieurs, et règle l'individualité biologique avec sécurité au sein du monde ambiant. C'est évidemment à la conservation de ce système que tend en dernier ressort l'unité des échanges de la matière et de la force. La somme de travail qu'a à fournir dans ce but le système neuromusculaire est un des régulateurs des autres appareils organiques en bloc, c'est-à dire des organes de la vie végétative. Seulement l'individualité biologique ne survit pas à l'individu; les mouvements de conservation ne les préservent pas de la déchéance. C'est par la fonction de propagation que survit l'individu et l'espèce. C'est là une autre fin de l'unité des échanges de la matière et de la force que représente l'individu biologique: la génération et la conservation des produits génitaux. *B*.) Cette théorie s'applique à l'histoire du développement des êtres et conduit aux lois suivantes. I. Plus les formes de la matière auxquelles les organismes se sont pliés sont généralement répandues et en même temps plus elles sont simples, plus généralisés sont également les formes de la force correspondante, et, inversement, la spécialisation et la complexité des uns entraîne la spécialisation et la complexité des autres. II. Cette première loi entraîne *mutatis mutandis* la simplicité et l'uniformité de l'unité des échanges de la matière et de la force des organismes en question, ou, au contraire, la spécialisation, la différenciation et la complexité de cet élément. III. Il en résulte, termes pour termes, la simplicité de l'individualité psychique ou sa complexité.

En conséquence, l'individualité psychique et sa forme la plus élevée, la conscience ou personnalité psychique, n'offre d'autre énigme à résoudre que celle du mécanisme physiologique. Elle est subordonnée à la notion de l'individualité biologique autoconservatrice au même titre que des fonctions organiques. Les phénomènes psychiques affectent donc le plus étroit rapport avec les phénomènes organiques; ils sont sous la dépendance des manifestations de la vie de par la notion de l'individualité biologique; ils émanent, de même que l'ensemble de l'organisation, de la lutte pour l'existence. *(A suivre)*.

P. KÉRAVAL.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LIÈGE.

Séance de novembre 1888. — PRÉSIDENCE DE M. le Dr COLLARD.
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL: M. le Dr SCHIFFERS.

A cette séance, M. le Dr Leplat a montré aux membres de la Société un cas curieux et très rare de *monstruosité*: L'enfant K..., âgée de 2 ans, portait deux dermoïdes à cheval sur la cornée gauche. Le bord des paupières ne présente pas de trace de

colobome. L'œil droit est normal. En même temps, on constate que la bouche est plus large du côté gauche qu'à droite, et la commissure en est arrondie (macrostomie). A la joue, près de la commissure labiale gauche, se voit une cicatrice, résultat d'une tumeur liée antérieurement. Devant chaque oreille existent de petites tumeurs cutanées congénitales. M. Leplat, se rallie, pour l'explication de ces diverses lésions, à la théorie de *Van Duyse*, appuyée plus tard par *Panas* et en partie par *Kirmisson* et *Larbouret*, qui admettent qu'elles sont produites par des synéchies amniotiques. V. DEWEZ.

REVUE DE CHIRURGIE

I. **Ovarite et kystes de l'ovaire** ; par le Dr Paul PETIT. — Tirage à part d'un article des *Arch. nouv. d'Obst. et de Gynéc.*, 1888.

II. **Pyo-salpingite double, laparotomie, extirpation des trompes utérines, guérison** ; par M. le Dr Fraipont de Liège. — (Extr. des *Ann. de la Soc. méd. chir. de Liège*). Vaillant Carmanne, Liège, 1888.

III. **Deux cas de lymphangiome ganglionnaire** ; par CHIPAULT. — Extr. de la *France médicale*, juillet 1888.

IV. **Recueil de faits** ; par REVERDIN et ALBERT MAYOR. — Extr. de la *Rev. médic de la Suisse Romande*, 1886.

I. — Dans un mémoire intéressant, M. Petit vient de rapporter sept observations inédites d'ovariectomies faites par M. Doléris et dont quatre ont trait à des opérations bilatérales. — Il s'agit, dans ces sept cas, d'ovarites à caractères variables ; dans les unes, l'opérateur eut à enlever des organes atteints de sclérose diffuse avec hémorrhagies intrafolliculaires ou d'inflammation chronique avec des abcès dans les ovisacs et les corps jaunes, et même des kystes sanguins ; dans d'autres, il rencontra une ovarite aiguë avec des kystes folliculaires et de la salpingite, ou bien une sclérose corticale de l'ovaire avec des kystes folliculaires et des hémorrhagies dans le stroma de l'organe. M. Petit conclut de ses recherches cliniques et histologiques que l'ovarite scléreuse ou suppurée peut présenter des formations kystiques (kystes folliculaires séreux, caséeux et même sanguins) ou s'accompagner d'abcès absolument enkystés. Ce sont des lésions d'origine inflammatoire qu'il faut bien distinguer des néoplasmes. Quand il y a abcès, il est fort probable que l'infection vient de la trompe et que la salpingite a été le point de départ de l'ovarite. Pour les kystes folliculaires séreux ou sanguins, ils paraissent résulter de congestions morbides répétées, mais trop peu actives pour aboutir à une ponte, c'est-à-dire à l'ouverture du follicule. La même explication vaut pour les hémorrhagies intraovariennes qui s'observent dans ces cas. Pour M. Petit, ces kystes sont plutôt la cause que l'effet de l'ovarite scléreuse. Il ne faut faire d'ovariectomie ou d'ovario-salpingectomie chez de telles malades, qu'après un traitement médical longtemps prolongé, une expectation de plusieurs mois et quand les douleurs sont trop vives, car la tumeur ovarienne n'est généralement pas gênante par son volume.

II. — Dans cette note de M. Fraipont on trouvera une observation qui se rapproche un peu de celles publiées par le docteur Petit ; il s'agit d'une pyosalpingite double opérée par von Winiwarter. Elle est à ajouter à celles relatées dans l'excellente thèse de notre collègue et ami Montprofit (d'Angers). M. Fraipont termine par des considérations très sensées et des remarques fort judicieuses sur le traitement des salpingites ; nous n'y insistons pas, car aujourd'hui c'est monnaie courante, du moins dans certains services hospitaliers de Paris ; ceux que la question intéresse savent où se rendre pour voir de leurs propres yeux les résultats de cette thérapeutique, aussi bienfaisante que hardie.

III. — Notre collègue Chipault rapporte, dans cet opuscule, deux cas intéressants de lymphangiome ganglionnaire ou adénolymphocèle, observés dans le service de M. Th. Anger. C'est une affection rare, décrite seulement d'une façon approfondie par Nélaton et Anger, mais dont la première observation date de 1807. Chipault, après avoir résumé l'historique de la question, fait ressortir les points principaux de l'évolution morbide de la lésion constatée chez ses deux malades. Ils n'étaient point chyluriques et ne l'ont jamais été. En ce qui concerne le traitement, on a proposé le séjour de préférence dans nos climats, mais MM. Peter et Th. Anger ne le recommandent pas, car ils ont observé des tumeurs lymphatiques chez des sujets n'ayant jamais quitté l'Europe. La médication interne paraît impuissante. Que faire donc ? La compression, étant plus nuisible qu'utile (Trélat, etc.), reste l'intervention radicale. On l'a tentée ; mais elle est grave. Doit-on pour cela considérer ces tumeurs comme des *noli me tangere ?* Nous ne le pensons pas, personnellement du moins, quand il s'agit d'adénolymphocèles bien limités. Avec une antisepsie telle qu'on sait la faire à l'heure présente, il peut être permis à un chirurgien, sûr de lui et de son *modus faciendi*, de tenter une semblable opération. D'ailleurs, on connait des succès opératoires. A l'avenir de décider du reste.

IV. — MM. J.-L. Reverdin et A. Mayor ont réuni dans un opuscule les observations cliniques et les examens histologiques qu'ils ont publiés en 1886 dans la *Revue médicale de la Suisse Romande*. On y trouve : 1° *Un cas de mélanosarcome de la région dorsale et des ganglions axillaires, extirpation, récidive rapide, mort* ; cette tumeur, qui appartenait au type sarcome alvéolaire de Billroth, était d'origine cutanée. Si, comme dans le cas de ce malade, les chirurgiens ont eu bien des fois à regretter une récidive rapide dans les cas de tumeur mélanique, il ne faudrait pas en conclure qu'on ne doit pas opérer de semblables néoplasmes. Notre maître, M. Terrier, et notre collaborateur et ami, M. Maunoury, nous racontaient tout récemment encore l'histoire de deux malades opérés pour une semblable tumeur et ayant présenté une notable survie. Le mélanosarcome doit donc être enlevé tout comme un autre sarcome. — 2° *Extirpation de deux exostoses du fémur (exostosis bursata)* chez un étudiant de dix-huit ans et chez un homme de vingt-trois ans. Ces deux exostoses, parfaitement comparables, siégeaient au voisinage de l'épiphyse inférieure du fémur et étaient enveloppées par une bourse séreuse, d'où leur nom d'*exostosis bursata*. Ce sont les exostoses ostéogéniques de Soulier. Elles étaient d'origine traumatique. La bourse séreuse ne communiquait pas du tout avec l'articulation du genou. Fehleizen a soutenu, au Congrès des chirurgiens allemands de 1886, que cette bourse était une synoviale articulaire due à une aberration dans la formation articulaire. Il est bien certain que cette hypothèse ne peut expliquer que des cas tout particuliers. Quant à la justification du traitement employé, ce n'est pas à nous de l'entreprendre. Tout dépend du chirurgien qui opère. Une telle opération, des plus dangereuses jadis est aujourd'hui, quand elle est faite comme elle doit l'être, aussi bénigne que simple. — 3° *Disjonction traumatique incomplète de l'épiphyse inférieure du fémur avec fracture ; tentative de conservation ; gangrène et suppuration ; amputation ; guérison chez un enfant de quatre ans et deux mois.* — Nous n'insistons pas sur ces décollements traumatiques du fémur étudiés par Delens en 1884 (*Arch. de méd.*) ; qu'il nous suffise de rappeler que c'est un accident grave. Cependant aujourd'hui on peut espérer la guérison sans amputation. Se rappeler seulement qu'à un âge aussi jeune les antiseptiques employés, d'une façon abusive, peuvent être dangereux. — 4° *Ostéoarthrite tuberculeuse sterno-claviculaire ; subluxation pathologique ; abcès ossifluent sous-pectoral ; résection et guérison.* — Enfant de dix ans et demi, qui guérit très bien avec une différence de demi-centimètre seulement dans la longueur des deux clavicules. Le siège de la lésion est intéressant à relever. Dans les auteurs classiques, on parle à peine de cette manifestation de la tuberculose ; insistons aussi sur le siège de l'abcès. Au point de vue opératoire, on a employé la méthode sous-périostée. — 5° *Plaie contuse du dos du poignet ; arthrite suppurée ; arthrotomie rapide, guérison.* Observation publiée dans la thèse de Jalaguier, mais digne d'une mention spéciale à cause de la rareté de l'arthrotomie pour l'articulation en question. MARCEL BAUDOUIN.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE JURISPRUDENCE MÉDICALE EN AMÉRIQUE. — La *Société de médecine légale de New-York* organise pour l'année 1889, un congrès international de jurisprudence médicale. Il durera 4 jours. S'adresser à la Société, Broadway, 57, New-York.

CORRESPONDANCE

Traitement du goître par les injections intra-parenchymateuses d'éther iodoformé.

Paris, le 25 novembre 1888.

Mon cher Rédacteur en chef,

Je lis, à la fin de l'article que vient de publier dans votre estimable journal M. Lejars, prosecteur à la Faculté de médecine, les lignes suivantes au sujet du *Traitement du goître parenchymateux* (1).

« M. Mosetig von Moorhof (de Vienne) se loue beaucoup, dans les goitres parenchymateux, de l'éther iodoformé; dans les goitres plongeants, une injection de quelques grammes d'éther iodoformé à 1 pour 5 produit un rapide soulagement. Le traitement continué réduit notablement la tumeur thyroïdienne...... ... »

J'ignore quel est le véritable inventeur de ce mode de traitement; mais, ce que je puis attester, c'est que je l'emploie depuis deux ans, avec succès, dans mon service à l'hôpital Bichat, et qu'il m'a été enseigné par mon excellent ami, M. le Dr Justin Lemaistre, professeur d'anatomie à l'Ecole de médecine de Limoges. Veuillez agréer, etc., Félix TERRIER.

P.-S. — Je vous adresse entr'autres une des observations de mon service, qui a trait à un goître parenchymateux traité de cette façon et qui a été recueillie par mes internes, MM. Dumoret et M. Baudouin.

OBSERV. — *Goître parenchymateux datant de trois ans. — Injections d'éther iodoformé; amélioration très notable; en voie de guérison complète.*

Le nommé Aub.., Léon, âgé de 17 ans, ébéniste, 17, passage d'Austerlitz, entre le 16 février 1888, salle Jarjavay, hôpital Bichat, service de M. le Dr Terrier, pour une tumeur goitreuse.

Antécédents. — Ce jeune homme ne présente rien à noter dans ses antécédents. Aucun membre de sa famille n'a eu de goître. Il est né à Paris et n'a pas quitté cette ville. Son père, alsacien, est venu à Paris très jeune, à l'âge de 4 ans. Sa mère est parisienne. Il n'a jamais été malade pendant son enfance.

Début. — A l'âge de 14 ans seulement, on lui fit remarquer que son cou grossissait. Cette augmentation de volume progressa petit à petit; au début de 1888, c'est à-dire 3 ans après le début, il commença à s'inquiéter des dimensions de sa tumeur et vint à la consultation de l'hôpital Bichat le 24 janvier 1888, quoique jamais il n'ait ressenti aucune douleur, quoiqu'il n'ait jamais éprouvé la moindre gêne dans la respiration. — Il est admis à l'hôpital Bichat 3 semaines plus tard environ.

Etat le 17 février 1888. — Ce jeune homme, d'une santé robuste, présente une tumeur goîtreuse qui a les caractères suivants: Elle est constituée par trois tumeurs, reliées les unes aux autres. L'une d'elle, la plus volumineuse, siège du côté droit du cou; elle a la grosseur d'un œuf de poule au moins, à l'inspection de la région. La plus petite, à peine grosse comme une noisette, est située sur la partie antérieure, en avant de la trachée: la troisième, placé sur le côté gauche, a un volume intermédiaire aux deux autres. Ces trois tumeurs sont très dures, d'égale consistance partout, non adhérentes à la peau, mobiles par rapport à la trachée pendant la déglutition. Pas de nodosités sur la grosse tumeur de droite. Circonférence du cou maxima, au niveau de la partie moyenne des tumeurs: 39 centimètres 1/2.

Le malade ne souffre pas du tout, n'éprouve aucune difficulté pour respirer, même pendant la course.

Traitement. — On commence les injections d'éther iodoformé à 5/100 le 19 février. — On lui en fait une tous les jours du 19 février au 10 mars (c'est-à-dire 21 injections) avec une seringue de Pravaz ordinaire.

Le 10 mars, il quitte l'hôpital; le cou a déjà diminué de deux centimètres 1/2: il ne mesure plus que 37 centimètres. Les injections ont été faites des deux côtés du cou, alternativement.

Du 11 mars au 19 mai, on lui fait une injection tous les deux jours, c'est-à-dire 40 injections. Du 1er juin au 31 juillet, une injection tous les 3 jours, c'est-à-dire 21 injections. — Du 4 août au 5 septembre, deux injections par semaine, ci 9 injections; du 10 septembre au 4 novembre, une injection par semaine, ci 9 injections. Au total, 100 injections; le 4 novembre, le cou n'a plus que 34 centimètres. Du 4 novembre 1888 au 27 novembre, on continue à faire une injection par semaine. Le goitre n'est pas encore complètement guéri, mais il ne reste plus qu'un petit nodule dur, gros comme une petite noix, du côté droit, à la place de la grosse tumeur dont le volume dépassait celui d'un œuf de poule. Les autres tumeurs n'existent plus; à leur place, il n'y a pas même d'induration. Le cou n'a plus que 33 cent. On continue à injecter de l'éther iodoformé dans le petit nodule qui n'est pas encore complètement disparu.

1. Lejars. — *Enseignement de la Chirurgie et de l'Anatomie dans les Universités de langue allemande*; in *Progrès médical*, n° 46, p. 425, 1888.

CONSEIL D'ÉTAT.

Séance du 23 novembre. — PRÉSIDENCE DE M. LAFERRIÈRE, vice-président.

Laïcisation de l'hôpital Saint-Louis en vertu d'un arrêté préfectoral. — Requête des sœurs pendante devant le conseil d'Etat. — Demande de sursis à l'exécution de l'arrêté préfectoral. — Sursis accordé par le conseil d'Etat.

Un arrêté du préfet de la Seine a prescrit qu'il serait procédé le 1er décembre 1888, au remplacement par un personnel laïque des religieuses qui desservent l'hôpital Saint-Louis. Cet arrêté a été déféré au conseil d'Etat pour excès de pouvoir par les sœurs hospitalières de l'Hotel-Dieu, représentées par leur supérieure générale. Mais, en outre, les sœurs ont présenté une requête au conseil d'Etat à l'effet d'obtenir que, jusqu'à ce qu'il ait été statué sur leur pourvoi, il soit sursis à l'exécution de l'arrêté préfectoral.

En fait la jurisprudence du conseil d'Etat présente peu de cas où le sursis ait été accordé. C'est en effet une raison d'intérêt public qui a motivé la disposition du décret du 22 juillet 1806 déclarant le recours non suspensif. Il faut donc, comme l'a fait remarquer M. le commissaire du gouvernement, pour apporter une dérogation à cette règle, une raison de même nature qui, dans l'espèce, serait l'intérêt des malades auxquels pourraient préjudicier des changements doublement répétés du personnel hospitalier. Il faut, en outre, a dit M. le commissaire du gouvernement, qu'on soit en présence d'un débat sérieux, et que l'exécution immédiate cause aux requérants un préjudice irréparable. Le conseil d'Etat a décidé, par l'arrêt suivant, qu'il y avait lieu d'accorder le sursis :

« Considérant que s'il était procédé à l'exécution provisoire de l'arrêté attaqué et que celui-ci vint ensuite à être annulé, il en pourrait résulter des difficultés graves, préjudiciables aux intérêts mêmes d'un service public, et que les circonstances de l'affaire permettent d'ordonner qu'il sera sursis à l'exécution dudit arrêté jusqu'à ce qu'il ait été statué au fond sur le pourvoi ci-dessus visé.

« Décide : Il sera sursis à l'exécution de l'arrêté jusqu'à ce qu'il ait été statué sur le recours pour excès de pouvoir formé contre ledit arrêt par la dame David, agissant au nom et comme supérieure générale de la congrégation des sœurs hospitalières de l'Hotel-Dieu de Paris. »

M. Mayniel, rapporteur, M. Marguerie, commissaire du gouvernement, MMes Chauffard et Arbelet, avocats.

Nous espérons que ce sursis sera abrégé le plus possible et que M. Floquet, président du Conseil, et que M. Léon Bourgeois, sous-secrétaire d'Etat au Ministère de l'Intérieur, sauront prendre les mesures nécessaires pour hâter une solution définitive.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE.

Répartition de la fièvre typhoïde en France.

Dans les séances du comité consultatif d'hygiène publique de France, en date des 5 et 12 novembre 1888, M. Brouardel a donné lecture d'un rapport sur la répartition de la fièvre typhoïde en France, d'après les documents fournis par la statistique médicale de l'armée et la statistique sanitaire dressée par le Ministère du Commerce.

L'étude de la mortalité par fièvre typhoïde dans l'armée fournit des renseignements précis sur la salubrité des villes où se trouvent des garnisons. Le nombre des soldats atteints par la fièvre typhoïde est toujours relativement plus élevé que celui des habitants des

villes où ils sont envoyés en garnison, et par suite, au point de vue de l'appréciation de la salubrité, il donne des moyens de comparaison exceptionnels. Les jeunes gens pris par le service militaire ont tous à peu près le même âge, celui auquel on est le plus souvent atteint par la fièvre typhoïde ; ils sont dans les mêmes conditions de non acclimatement dans leurs nouveaux domiciles ; ils sont donc également sensibles à la fièvre typhoïde, et on peut les considérer comme fournissant un réactif précieux de la salubrité des villes. Souvent, les habitants des villes, témoins de la violence avec laquelle la fièvre typhoïde frappe les casernes, ont accusé les troupes de leur donner des épidémies de fièvre typhoïde, les médecins militaires, ont répondu avec raison en incriminant la salubrité des villes. Ils disaient, avec M. J. Arnould : « L'existence dans une ville des cas sporadiques de fièvre typhoïde, surtout de ceux qui se présentent par petits groupes, prouve l'infection des milieux, l'imminence des épidémies, et par conséquent l'insuffisance de l'assainissement urbain. » On peut ajouter que si, dans une ville où existe une épidémie de fièvre typhoïde, où l'acclimatement au fléau, s'est fait peu à peu pour le plus grand nombre des habitants, on importe tout à coup un groupe de jeunes gens n'ayant pas subi les mêmes influences morbides, on créera dans ce groupe une véritable épidémie, et il semblera que ce sont les victimes qui ont été les importateurs de la maladie. C'est la qu'a été l'erreur de certaines villes. La comparaison des deux statistiques civile et militaire, les tableaux dressés par le rapporteur, montrent que la mortalité par la fièvre typhoïde suit la même courbe dans la population civile et militaire, mais que l'aptitude de celle-ci à contracter la maladie est 5 ou 6 fois plus grande, à cause des raisons d'âge et non acclimatement indiquées plus haut. Que l'on compare les tableaux de la statistique militaire ou civile, les noms des mêmes villes occupent, les uns, le haut du tableau avec une faible mortalité typhique, les autres la fin du tableau avec une mortalité excessive. Dans certaines circonstances, il se peut que la caserne d'une ville, présente des conditions propres d'insalubrité, mais la loi presque absolue, c'est que le taux de la mortalité dans l'armée par fièvre typhoïde, permet de juger la salubrité de la ville. Il en résulte pour l'autorité civile et militaire le devoir impérieux de forcer les municipalités des villes malsaines à s'assainir. C'est un devoir d'Etat. Les villes malsaines déciment notre armée ; celle-ci, à son tour, dissémine la fièvre typhoïde dans tout le pays. A la fin de 1886, le rapporteur a constaté avec M. Chantemesse le fait suivant : la fièvre typhoïde, sévissait à Clermont-Ferrand les réservistes firent treize jours d'exercices militaires, en octobre ; aucun d'eux ne tomba malade à Clermont, mais plusieurs apportèrent, dans leurs villages, le germe de la maladie qu'ils avaient pris à Clermont et créèrent des foyers secondaires à Arlane, Saint-Germain-l'Herm, Saint-Amand, Roche-Savine, etc. On peut donc pour l'armée dire ce qui a été déjà si souvent répété : en hygiène chacun est solidaire de son voisin. C'est en vain que l'on chercherait à se préserver d'une épidémie, si la maison qui vous touche est un foyer d'infection. Ce qui est vrai pour les particuliers l'est pour les villes et les villages, et surtout depuis que les moyens de locomotion établissent des échanges constants et rapides entre les diverses parties du pays ; dans une même patrie, chacun n'est qu'à quelques heures des points du territoire infesté ou non assaini. Paris est aujourd'hui plus près de Bombay qu'il ne l'était de Marseille, il y a un siècle. L'assainissement des régions malsaines est un devoir gouvernemental, national, au point de vue de la protection de la vie, de la population française et au point de vue de la défense elle-même. La preuve de cette proposition se trouve dans le rapport qui précède la statistique médicale de l'armée pour l'année 1881. Il montre l'effroyable tribut, que le corps expéditionnaire de Tunisie a payé à la fièvre typhoïde pendant la période des opérations militaires ; il fait prévoir ce qui pourrait survenir en cas d'une lutte plus grave. Il appartient au Gouvernement, éclairé par le comité, de prendre des mesures d'ordre général nécessaires. Laisser l'avenir du pays, sans que le Gouvernement puisse imposer les mesures indispensables aux mains des municipalités trop souvent ignorantes des questions d'hygiène, c'est compromettre la vie de nos concitoyens et la défense nationale. En treize ans, 1872-1884, l'armée a compté comme effectif total 5,375,109 hommes, Elle a eu 151,319 typhiques. Elle a perdu par fièvre typhoïde 17,642 hommes. Elle a perdu en tout, par maladies et accidents, 55,189 hommes. La fièvre typhoïde compte donc pour un tiers dans la mortalité totale de l'armée en temps normal. Depuis quelques années, les connaissances sur le mode de propagation des maladies épidémiques, notamment de la fièvre typhoïde, ont acquis une précision suffisante, pour permettre d'affirmer que si le Gouvernement veut, avec une volonté persévérante, prendre les mesures nécessaires, cette maladie diminuera dans une proportion considérable. Les lieux sur lesquels il faut diriger les premiers efforts, sont quelques grandes villes particulièrement malsaines. Qu'on lise les relations des épidémies qui ont frappé certains villages et on verra que presque toujours on peut donner le nom de l'importateur ; celui-ci vient d'une grande ville d'où la maladie rayonne sur tout le territoire comme d'un foyer permanent. Mais en raison des habitudes des campagnes, de l'absence de toute précaution hygiénique, quand la fièvre typhoïde s'abat sur un village, elle y fait proportionnellement plus de victimes que dans les grandes agglomérations urbaines. Si tout le territoire est exposé à subir parfois, avec une extrême violence, les atteintes de la fièvre typhoïde, il est facile de constater qu'une trentaine de grandes villes sont le siège permanent de cette maladie. En notant les années où la mortalité par fièvre typhoïde des troupes a dépassé 10 pour 1,000 hommes, et en disant par une expression purement conventionnelle, qu'alors il y a eu épidémie, l'on trouve que, en treize ans, Carcassonne compte 9 épidémies. Troyes, 5. Toulon, 7. Tarascon, 7. Brest, 3. Le Mans, 7, etc. Il y a donc une indication bien manifeste ; l'effort doit se porter d'abord sur ces villes. Quelles sont les mesures à prendre ? L'enquête doit viser tout d'abord la qualité des eaux qui alimentent la ville et la caserne, et en second lieu le mode d'évacuation en usage pour les matières excrémentitielles. Quelques-unes des villes dont la mortalité par la fièvre typhoïde est la plus élevée, pratiquent le jetage au ruisseau ; pour d'autres, la contamination des eaux de la rivière ou de la nappe d'eau souterraine est certaine. Il n'est pas possible, dès maintenant, de dresser la liste des améliorations sanitaires qui devront être imposées aux villes ; mais il est indispensable de rappeler l'importance prédominante de deux conditions de la salubrité des villes ; amenée d'une eau potable à l'abri de toute souillure ; évacuation des matières excrémentitielles sans contamination de l'eau et de l'air. Sur la proposition de son rapporteur, le comité a adopté les conclusions ci-après : 1° Les conditions de la propagation de la fièvre typhoïde, les moyens de s'y opposer, sont maintenant assez bien connus pour que l'on puisse enrayer d'une façon efficace le développement d'une maladie qui, tous les ans, fait 1,300 victimes dans l'armée de terre, environ 20,000 dans la population civile, et menace de compromettre la défense nationale ; 2° L'assainissement de la France, au point de vue notamment de la fièvre typhoïde, a un intérêt national. C'est une œuvre d'Etat.

VARIA

L'Enseignement de la Chirurgie et de l'Anatomie dans les Universités de langue allemande (Suite) (1) ;

par M. le Dr Lejars, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.

Ce sera le sublimé dont nous trouverons l'usage presque généralisé avec quelques simplifications nouvelles dans le mode de pansement. Il est seul employé par le professeur Reczy dans son beau service de l'hôpital à pavillons séparés, de Buda-Pesth ; et, de même, à la clinique du professeur Güssenbauer, à Prague. M. Güssenbauer se sert d'éponges, mais toujours macérées dans l'acide phénique, c'est encore avec l'acide phénique qu'il désinfecte ces grands clous, deux fois coudés et à double pointe, avec lesquels il fixe les extrémités osseuses dans les résections. Ces clous, en acier nickelé, sont chauffés d'abord au rouge, puis macèrent dans la solution phéniquée ; on les enfonce à travers la peau dans les os rapprochés, on en applique deux ou trois s'il le faut et on les enferme dans le pansement. Pour les fractures de la rotule, pour d'autres fractures à chevauchement incoercible, le professeur Güssenbauer applique ses grands clous et il n'a jamais eu le moindre accident. Chez un malade, l'extrémité postérieure du calcanéum fracturée remontait très haut sur la face postérieure de la jambe ; sous le chloroforme et le membre demi-fléchi, on put ramener en place le fragment calcanéen, et un long clou, enfoncé d'arrière en avant, le fixe solidement ; la guérison ne souffrit aucune difficulté.

A la Gebärhaus, de Prague, la solution du sublimé est aussi, la règle, le liquide d'injection ; solution à 1 pour 3000 ou 1 pour 6000, jamais à 1 pour 1000 ou pour 2000 quand il s'agit d'injections vaginales ou intra-utérines. Une solution basale, à 1 pour 1000 ou 1 pour 2000 est préparée d'avance, et l'on y ajoute, dans l'injecteur gradué, une quantité d'eau chaude suffisante pour obtenir le liquide au titre nécessaire. Le sublimé sert aussi pour les mains, l'acide phénique pour les instruments ; la solution phéniquée à 2 0/0 est encore substituée au sublimé pour les injections lorsqu'on a affaire à des malades affaiblies, plus prédisposées peut-être aux accidents d'in-

(1) Voir *Progrès médical*, n° 43 et 46.

toxication. Nous pouvons ajouter qu'il se fait à la Maternité de Prague 8000 accouchements par an et que la mortalité générale y est de 1 0/0. Le Dr Pawlick, connu surtout en France pour son travail sur le cathétérisme des uretères, professeur à la Faculté tchèque, est à la tête d'une des trois grandes cliniques de la Maternité (Gebärhaus) de Prague, et il possède en même temps à l'hôpital général un service de gynécologie. Ce sont deux petites salles, basses et étroites, contenant chacune une dizaine de lits, et complétées par une salle d'opération qui s'ouvre dans l'une d'elles; il est inévitable que les cancers utérins, les fistules vésico-vaginales, etc., se trouvent rapprochées des opérées d'ovariotomie ou d'hystérectomie, et pourtant, grâce à des précautions rigoureuses, les accidents sont extrêmement rares : nous avons vu dans le service deux hystérectomies abdominales guéries et cicatrisées, et plusieurs autres opérées entièrement afébriles. Tant il est vrai que l'antisepsie peut se faire partout !

A Leipzig, à la Clinique du professeur Thiersch, il nous faut signaler le pansement spécial qu'il réserve à ses greffes cutanées. Nous avons vu dans son service de nombreux succès de sa méthode de transplantation, qui a été décrite tout récemment par un ancien assistant de Leipzig, le Dr Plessing, dans les Archives de Langenbeck, et que notre collègue Delagenière a exposée dans une revue générale sur les greffes cutanées. L'eau salée (Kochsalzwasser) en solution à 6 0/0, est préférée aux liquides antiseptiques qui pourraient nuire à la vitalité des éléments anatomiques. Une fois la surface avivée à la curette, et recouverte des larges bandelettes dermo-épidermiques qui doivent toujours déborder un peu la marge de la plaie, on y applique de petites lames de protective trempées dans la solution de sel; par dessus, de la gaze ordinaire sèche, que l'on trempe sur place avec une éponge mouillée, une autre plaque de protective, enfin un morceau d'ouate entouré de gaze et une bande. On recouvre le tout d'une large bande de diachylon, qui adhère à la peau voisine et au pansement par ses deux bouts, et qui contient, intercalée en son milieu, une courte lame de caoutchouc. On obtient ainsi, sur la plaie, une compression uniforme.

Le professeur Vollkmann fait ses pansements avec la gaze iodoformée et la tarlatane au sublimé ; mais à la ouate ou aux toiles imperméables, il a substitué depuis quelque temps les coussins de mousse. Ces coussins, en forme de gâteaux plats enveloppés d'une gaze, sont faits simplement de mousse séchée, stérilisée et préparée au sublimé. Ils sont très propres et de très bon marché. Nous avons remarqué le volume et les fortes proportions des ciseaux, des gouges et du maillet que Vollkmann emploie dans ses résections : tous ces instruments sont à manche de bois.

Nous allons retrouver « les coussins de mousse » à la Clinique des professeurs Fischer, à Breslau, et Rydygier, à Cracovie; à l'hôpital Sainte-Olga, de Moscou ; dans le service du professeur Bergmann, à Berlin ; ailleurs ils seront remplacés par d'autres coussins, aussi à bon marché, de « Holzfaser » ou de mousse de tourbe.

« L'Holzfaser » est constamment employé par le Dr Reyher, de Saint-Pétersbourg ; c'est une sorte de bourre de bois à lamelles minces et flexueuses, détachée par le rabot, et qui provient presque toujours du bois de sapin ; on a soin de la stériliser, puis de la camphrer avant de s'en servir. Chirurgien-consultant de l'hôpital militaire Saint-Nicolas, M. Reyher a installé chez lui une clinique particulière, que nous ne saurions passer sous silence. Petite, bien chauffée, éclairée par une grande fenêtre à deux vitrages, entre lesquels on a soin de laisser toujours quelques fragments de camphre, la salle d'opérations, dallée et peinte à l'huile, renferme seulement une vitrine à lames de verre, où reposent les instruments. Trois tabourets bas, recouverts de coussins, servent de lit d'opération; en les écartant, on laisse libre la région médiane du corps dans les opérations abdominales ; l'opérateur et ses aides sont assis. A côté, dans un petit cabinet-annexe, est installé un appareil stérilisateur, où l'on fait passer tous les instruments. Plus loin, une autre salle, en relation directe avec les chambres des malades, et où se font tous les pansements. M. Reyher était, il y a quelques années, chirurgien de l'hôpital Marie, où il a organisé l'antisepsie ; aujourd'hui, dans le service du Dr Ivanoff, non loin de la salle d'opérations, un cabinet spécial sert à la préparation de toutes les pièces de pansement : seuls l'Assistant et la religieuse chargés de ce service y peuvent pénétrer. Du reste, dans presque toutes les Cliniques, on retrouve cette « salle de préparation des pansements » et un personnel spécial auquel en est dévolue la charge.

Nous avons décrit ailleurs la salle d'opérations de l'hôpital Sainte-Olga, et la pratique antiseptique du professeur Mickulicz. Rappelons seulement que, depuis quelques années, M. Mickulicz fait macérer dans la solution phéniquée forte, l'iodoforme et la gaze iodoformée, dont il se sert dans ses pansements de réunion primitive.

A Berlin, le professeur Bardeleben a introduit depuis quelque temps dans son service l'usage de la mousse de tourbe ; aplatie en feuilles et séchée, cette mousse s'applique directement sur la plaie, en interposant seulement une légère couche de gaze au sublimé. La mousse, aseptique par elle-même, s'imbibe très vite. M. Bardeleben préconise beaucoup ce mode de pansement, dont il a de très bons résultats : nous avons vu dans son service de la Charité, une thyroïdectomie totale, dont l'incision en T à branche inférieure, était entièrement cicatrisée; une pyloroplastie, par la méthode d'Heineke (d'Erlangen) et de Mickulicz, au 8e jour, sans accidents, etc. Dans trois faits de plaies par armes à feu, le pansement à la mousse de tourbe a été fait aussi avec plein succès; il y a là sans doute une indication pour la chirurgie de guerre. A l'hôpital Augusta, le Dr Küstner possède aussi une salle d'opérations modèle, que nous ne pouvons décrire, car ces installations chirurgicales se ressemblent toutes. Signalons seulement l'emploi du collodion iodoformé dans un mode de sutures à plans multiples, dont nous avons vu plusieurs succès dans le service de M. Küstner. Ces sutures sont de mise lorsqu'il s'agit d'affronter les deux lèvres d'une brèche profonde, après la néphrectomie, par exemple : on fait jusqu'à cinq plans de sutures superposées, la première à quelques fils seulement très profonds, et ainsi de suite, jusqu'aux derniers points d'affrontement cutané : l'adossement est alors exact et total. Par dessus, on étend, pour tout pansement, une simple couche de collodion iodoformé. On ne retire pas les sutures, qui sont faites au catgut : les plus superficielles tombent avec le collodion, les autres se résorbent.

Nous ne multiplierons pas ces exemples ; ils suffisent à donner un aperçu de la pratique chirurgicale courante. Pour achever l'histoire de l'organisation des Instituts, il est un autre point qu'il nous faut signaler : les policliniques, les consultations externes. Dans les hôpitaux allemands, la policlinique forme toujours service à part, elle a ses locaux et son personnel. Généralement l'un des Assistants est chef de la policlinique ; il y trouve matière à une pratique étendue, quelquefois; à Kœnigsberg, par exemple, il y fait même de grandes opérations : des annexes payantes de la Clinique sont réservées aux malades ainsi opérés. A Halle, le professeur extraordinaire de chirurgie, le Dr Oberst, est à la tête de ce service ; aux cliniques d'Albert et de Billroth, les Assistants en sont chargés à tour de tour de rôle et opèrent, séance tenante, les cas urgents; ailleurs, à Breslau, à Prague, à Berlin, l'un des Assistants est délégué dans ces fonctions; il y consacre de longues heures. A la Clinique du professeur Bergmann, la policlinique se chiffre chaque jour par un nombre énorme de consultants ; elle se prolonge de 1 heure à 4 ou 5 heures de l'après-midi.

Une telle organisation imprime à la consultation externe un caractère réellement scientifique, dont les malades ne sauraient que bénéficier ; de plus, elle devient l'un des principaux éléments de l'enseignement clinique. Il existe partout un registre de consultation où chaque malade est inscrit, et où sont notés les traits principaux de l'observation. C'est presque toujours de bonne heure, avant l'ouverture de la séance opératoire, que se font les consultations externes, ce qui permet de choisir les cas les plus intéressants et de les présenter à la clinique : il existe ordinairement une salle spéciale où l'on rassemble ainsi les malades qui seront soumis à l'examen des élèves ; c'est le plus sûr moyen d'éviter l'encombrement des salles par les malades externes, et la perte de tant de matériaux d'enseignement

pratique. Jamais un malade du dehors ne pénètre dans les salles, et il est de règle à peu près universelle, que tout malade admis doive passer d'abord par la salle de bains, où il est l'objet d'une désinfection complète, avant d'être porté à son lit; cette règle est appliquée en grand aux magnifiques Instituts infantiles de Saint-Pétersbourg et de Moscou ; au bureau d'admission est toujours annexée une salle de bains.

Nous avons parlé des registres de policlinique ; dans les salles, toutes les observations sont prises. A certaines cliniques, ce sont les aides qui ont la charge spéciale des observations, c'est le protocolamt, à Leipzig ; mais toujours les Assistants en conservent la responsabilité.

Il faut le dire : le fonctionnement de ces grandes Cliniques est d'une régularité qui étonne ; pour comprendre cet ordre, tout militaire en quelque sorte, il faut se rendre compte de la situation du personnel, de son recrutement, de son avenir.

Le Personnel des Instituts.

Le Personnel des Instituts de chirurgie se compose des Assistants et des Aides.

Une réflexion s'impose dès le début ; dans les cliniques allemandes, le nombre d'élèves qui sont chargés du soin des malades est beaucoup plus restreint que dans nos hôpitaux ; à Leipzig, la clinique du Pr Thiersch comprend 300 malades ; il y a 4 Assistants et 4 aides (Protocolamt) ; aux grandes cliniques de Vienne, actives, s'il en fût, on trouve 2 Assistants et 5 opérateurs ; à Halle, chez Volkmann, il y a 5 Assistants et 5 voluntär-ärzte ; à Kœnigsberg, 3 Assistants et 3 Ammanuenses. Et pourtant ces quelques aides suffisent amplement à assurer la marche régulière du service. C'est que, en réalité, leur situation est toute autre.

Il est aussi erroné de comparer l'Assistant allemand à un interne que d'en faire un chef de clinique. L'Assistant est docteur ; généralement, à titre d'aide, il fait partie, depuis quelques années déjà, du personnel de la clinique ; il est choisi et nommé par le professeur, la nomination officielle n'est qu'une ratification. C'est à la même clinique qu'il reste attaché, pendant toute la durée de ses fonctions. Cette durée, toujours très longue, n'est pas sans varier un peu : à Vienne, la durée d'assistance est de 2, 4, 6 ans, au gré du professeur, quelquefois plus ; le Dr Maydl, par exemple, aujourd'hui privat-docent de chirurgie, a été 8 ans Assistant à la clinique du Pr Albert ; il en est de même en Allemagne. C'est en moyenne de 25 à 28 ans que l'on devient Assistant, à l'âge où souvent, chez nous, on termine l'internat.

En Autriche, il n'existe aucune hiérarchie entre les Assistants d'une même clinique ; les services de Billroth et d'Albert sont répartis en deux segments, chacun d'eux ayant à sa tête l'un des Assistants ; il en est de même à Pesth et à Prague. Dans les Instituts allemands, il existe assez souvent entre eux un certain ordre fondé sur l'ancienneté ; pourtant, à Leipzig, les quatre Assistants du Pr Thiersch, chargés des quatre pavillons, ne sont soumis à aucune hiérarchie. Ailleurs, à Kœnigsberg, par exemple, le plus ancien des Assistants est chargé de la policlinique (et de la médecine opératoire), avec le titre de secundär-arzt (médecin en second) ; les trois autres se partagent les services de la clinique : le second étant à la tête de la salle des hommes (50 lits), le troisième à la tête de celle des femmes (25 lits) ; le quatrième ayant celle des enfants. — A la clinique de Volkmann, le premier Assistant est revêtu du titre et des fonctions d'Assistant en chef (Ober-Assistent), il fait chaque matin une visite générale dans toutes les divisions en Block ; c'est toujours le plus ancien des Assistants, il conserve longtemps, six ou huit ans, ses fonctions : le Dr Oberst, actuellement professeur extraordinaire, a été dix ans premier assistant de Volkmann. Dans les services autres que les cliniques, l'assistant, toujours choisi, par le chef (primär-arzt), porte le titre de secundär-arzt : il est nommé pour deux ans, mais il peut être prolongé.

Ainsi, l'Assistant conserve de longues années son titre et ses fonctions à l'Institut de chirurgie : il est, dans toute la force du terme, l'élève du professeur, et le maître se crée ainsi une véritable école. C'est là un des caractères fondamentaux de l'institution des Assistants : étudions leur recrutement, leur situation matérielle, leur vie chirurgicale.

Aucun concours ne préside à leur nomination ; le vœu du professeur les nomme, les maintient dans leurs fonctions, les prolonge assez souvent, leur facilite plus tard l'accès à d'autres degrés de la carrière ; il n'est chef de service, dans aucun ordre de choses, qui soit maître de son personnel, qui « l'ait en main » comme le professeur allemand. C'est parmi les aides que porte le choix, au moins le plus ordinairement ; aussi se crée-t-il entre eux une émulation dont bénéficie le service. On ne saurait nier pourtant les défauts de ce système de recrutement : que d'aides dans les grandes cliniques, après trois, quatre années d'attente vaine, sont enfin contraints de quitter la place, leur carrière brisée. Notre système de concours au moins à ce stade de la carrière, est sans contredit plus libéral et plus large : il ouvre la voie à plus d'individualités, il autorise plus d'espérances et d'efforts.

Ce qui fait la supériorité de l'Assistant, c'est la situation matérielle qui lui est créée, une fois nommé, et par suite la longue instruction clinique qu'il est libre d'acquérir. Il est assuré, et largement, de ses moyens d'existence et de ses moyens de travail. Le traitement fixe des assistants est à peu près le même dans toutes les Universités, il s'élève un peu suivant l'ancienneté : 12 à 1500 marcs 1,500 fr. à 1,875 fr., en Allemagne ; 50 florins (100 fr.) par mois, à Vienne ; de plus, il est logé, chauffé et éclairé. Mais à cela s'ajoutent d'autres ressources beaucoup plus fructueuses, surtout dans les grandes Universités : l'assistance fournie au professeur dans ses opérations de la ville, les opérations qu'il fait faire à l'Assistant lui-même : les cours. L'Assistant fait partie du corps enseignant ; par ses cours de diagnostic, de médecine opératoire, etc., il complète l'enseignement magistral. A Vienne, les Assistants de Billroth et d'Albert font, pendant toute l'année, un cours opératoire et un cours de diagnostic (examens cliniques), payés tous deux : de ce chef, l'un d'eux, M. le Dr Ullmann nous déclarait se faire un revenu annuel de 8,000 florins (16,000 fr.). Dans de telles conditions, l'assistance est une carrière qui se prolonge volontiers de longues années, et cela d'autant mieux, qu'elle fournit tous les éléments du travail personnel, condition d'un avancement ultérieur.

La situation scientifique de l'Assistant n'a pas d'analogue chez nous. Logé à l'Institut de chirurgie, chargé du service des gardes, comme les internes de nos hôpitaux, n'ayant d'autres fonctions, ni d'autres soucis d'avenir que ses fonctions cliniques, il jouit d'une indépendance et d'une initiative fort étendues. En règle, et cela aussi bien dans les cliniques allemandes qu'à Vienne ou en Russie, le professeur de clinique ne fait que très rarement la visite des salles, le professeur Albert y vient une fois tous les quinze jours, le professeur Mickulicz, une fois par semaine, etc; — ils se remettent à leurs assistants du soin des malades, de toutes les opérations d'urgence, d'une part notable des autres opérations, et elles sont nombreuses, dans des cliniques aussi actives. Le chirurgien en chef n'en est que plus libre de se consacrer entièrement à son rôle de professeur. Les Assistants opèrent tous les jours, à l'amphithéâtre, sous les yeux du professeur ou en son absence ; ils ont le droit d'opérer, dans son expression la plus étendue, et ils en usent largement. De plus, durant les trois mois de vacances ; ils restent seuls à la tête du service, qui continue à fonctionner, ils remplissent alors en réalité, les fonctions de nos chirurgiens du bureau central, chargés des remplacements, fonctions actives et fructueuses, s'il en fût.

Six à huit ans de cette vie chirurgicale donnent forcément à l'Assistant une expérience clinique et une habileté opératoire qu'un interne, même après quatre années de chirurgie, ne saurait posséder. Là aussi se trouve le secret du fonctionnement toujours régulier de ces grandes cliniques ; le personnel est directement intéressé au service ; il a une part personnelle, je ne dis pas seulement de responsabilité, mais de bénéfice scientifique et de succès propre ; l'Assistant a son service, à lui, qu'il garde des années, qu'il dirige, où il observe et où il opère à peu près autant et comme il veut : et voici comment cette décentralisation, dans l'intérieur même de l'Institut, devient la condition même du bel ordre qui y règne. Directeur de l'Institut chirurgical, le professeur est donc intéressé, tout le premier, à laisser une large part d'indépendance à chacun de ses Assistants.

Une telle organisation est bien faite pour créer une puissante sélection : c'est une école de chirurgiens. La différence avec notre internat n'a pas besoin d'être démontrée. L'internat des hôpitaux est la plus grande école de praticiens qui soit en Europe ; les assistants ne constituent, en somme, sur la masse des élèves, qu'une étroite minorité ; l'accès de l'internat est beaucoup plus large, et là, comme gage d'une instruction théorique suffisante, le concours semble bien à sa place. Mais il est un fait indéniable : l'assistant qui aura passé huit ou dix ans, dans une grande Clinique, remplissant en réalité les fonctions de chef de service, ne sera-t-il pas mieux préparé à les remplir effectivement, quand, devenu professeur extraordinaire et suppléant ou primär-arzt, il en aura le titre et les fonctions officielles? Le chef de clinique n'est pas un Assistant : son lien avec l'internat a été rompu par un intervalle de plusieurs années ; ses attaches hospitalières sont beaucoup moins étroites, il se surajoute aux internes ou les annihile ; il conserve deux ans seulement ses fonctions. Ne fera-t-on pas sortir un jour de l'internat, par une seconde sélection, de véritables assistants, internes prolongés, devenus docteurs, attachés à une Clinique, revêtus d'une initiative beaucoup plus étendue, chirurgiens-élèves, à proprement parler ?

Au-dessous des Assistants se trouvent les aides, dont le titre et les fonctions varient un peu. Ce qui ne change pas, c'est leur mode de recrutement : choisis et nommés par le professeur, sans aucune autre ratification officielle, ils ne dépendent que de lui, et de l'Assistant, leur chef direct : il y a beaucoup plus de distance entre l'Assistant et l'aide, qu'entre l'interne de première ou seconde année et un externe, souvent plus âgé que lui, qui sera interne demain ; à cette hiérarchie qui est du reste dans les mœurs, le bien du service ne saurait que gagner.

A Vienne, les aides ont le titre d'opérateurs ; ils sont docteurs ; ils ont à subir un examen clinique (Prufung), qui n'a nullement le caractère d'un concours ; ils restent en fonctions 2 ou 3 ans, rarement plus. C'est parmi eux que sont choisis les Assistants ; l'Assistant étant nommé pour 6 ans, 8 ans quelquefois, il est aisé de voir qu'un bon nombre d'opérateurs ne le deviennent jamais, du moins à la même clinique (ils peuvent devenir secundär-arzt. dans un autre service). Il y a cinq opérateurs aux Cliniques de Billroth et d'Albert : ils sont chargés des pansements, des observations, et, comme leur titre l'indique, ils font un certain nombre d'opérations, mais toujours en présence et sous la direction de l'Assistant. Dans les autres services, avec le titre de Famulus, on trouve de même un petit nombre d'aides agréés par le chirurgien.

En Allemagne, la situation des aides ne se modifie que très-peu. A Leipzig, un Protocolamt est attaché à chacun des quatre Assistants de la Clinique : c'est un étudiant déjà avancé ; il est chargé des observations, comme le nom l'indique, etc. ; de plus, un famulus est spécialement désigné pour tenir le registre de la clinique, faire l'appel des élèves qui doivent prendre part aux examens des malades, et aussi donner le chloroforme. A Kœnigsberg, les Ammanuenses ont à peu près le même rôle ; trois d'entre eux sont attachés au service de la Clinique (l'un d'eux est chargé du chloroforme), un autre est préposé, avec le premier Assistant, à la Policlinique. Dans certains Instituts, les aides sont quelquefois des docteurs, et assez fréquemment des étrangers : ainsi en est-il à la Clinique de Vollkmann, où l'on trouve toujours quelques jeunes médecins étrangers, parmi les aides appelés secundär-ärzte.

Je n'aurai garde d'oublier le personnel secondaire, qui tient une si grande place dans l'organisation hospitalière. Je ne puis m'étendre, je signalerai un seul fait : dans toutes les cliniques ; dans tous les services d'hôpitaux que j'ai visités, un ou plusieurs serviteurs sont attachés à la salle d'opérations, et chargés exclusivement de tout ce qui concerne son entretien : deux infirmiers (Diener) en sont chargés, à l'Institut de Vollkmann, deux infirmières, à la Clinique de Thiersch, à celle de Mickulicz ; jamais il n'y a de communauté entre le personnel des salles et celui de l'amphithéâtre.

Comment fonctionnent ces cliniques ? et comment s'y fait l'enseignement ? tel est le dernier point qui nous reste à examiner.

(A suivre).

Ecole de santé militaire. Sa création.

Le sénat, dans une de ses dernières séances, a adopté le projet de loi relatif à la création d'une Ecole de santé militaire. Ce vote favorable a été émis à l'unanimité moins 11 voix. On ne sait encore où siégera cette Ecole. M. Beaunis, dans un des récents numéros de la *Revue scientifique*, a montré quels avantages présentait la ville de Nancy, à laquelle tant de souvenirs sont attachés à ce point de vue. M. Gadaud, député, vient de terminer son rapport au nom de la Commission chargée d'examiner la modification proposée par le Sénat. Il conclut à l'adoption du projet de loi voté par le Sénat.

L'Association des dames françaises

Samedi 17 novembre a eu lieu dans le grand salon de l'Hôtel Continental, l'Assemblée générale de l'Association des Dames françaises, sous la présidence de M. Mézières, de l'Académie française. On remarquait sur l'estrade Mme Foucher de Careil, Mme l'amirale Jaurès, Mme de Castex, le docteur Dujardin Baumetz, représentant le ministre de la guerre, le docteur Duchaussoy, fondateur de l'Association, le docteur Pruvost, et nombre de notabilités, députés, sénateurs et officiers de toutes armes. Dans l'assistance nous avons remarqué Mmes Carnot, Poubelle, de Malherbe, Wurty, Jalabert, de Baheyre, Grosjean, Blanchard, etc. ; MM. Emery Desbrousses, ancien directeur de santé de la division du Tonkin, actuellement médecin principal de la place de Paris, le Dr Raphael Blanchard, baron Larrey, Collin, Foucher de Careil, etc. Après une série de rapports sur la lingerie, les finances, l'ouvroir et les bibliothèques de l'Association, faits par Mmes les présidentes des diverses commissions de l'Association, Mme Foucher de Careil a prononcé une charmante allocution, vivement applaudie de l'assistance. MM. les docteurs Pruvost et Duchaussoy ont ensuite exposé l'état de la société, comptant aujourd'hui plus de 5.000 membres, qui, grâce aux cours faits chaque année par les professeurs de l'œuvre, parmi lesquels se trouve M. R. Blanchard, peuvent fournir 3.000 ambulancières, 500 médecins et 160 petits hôpitaux auxiliaires. D'après M. Duchaussoy, tout ce personnel, mobilisable comme notre armée, serait prêt en quelques jours et pourrait, en cas de guerre, organiser de prompts secours pour nos soldats blessés. M. Dujardin-Baumetz, au nom du ministre de la guerre, a vivement félicité les dames de l'Association de leur patriotisme. Il a été ensuite procédé à la distribution des médailles d'honneur. L'excellente musique du 76e de ligne, qui prêtait son concours à cette fête, soulignait chaque nomination de ses phrases les plus brillantes.

La distribution finie, M. Mézières prononça un très spirituel discours, où il fait l'éloge de la charité et du dévouement des femmes du monde. Nous en détachons le passage suivant :

« Vous me permettrez surtout d'admirer cette forme particulière du dévouement, qui fait de vous les élèves disciplinées de nos médecins, qui vous conduit à leurs cours et qui vous inspire la volonté d'apprendre à fond tout ce qu'il est nécessaire de savoir pour soigner les malades ou les blessés. N'est-il pas en effet, admirable que trois cents femmes du monde se soient transformées en volontaires des ambulances, toutes prêtes dès maintenant à partir, toutes en état de panser les plaies, de placer les appareils et de remplir tous les devoirs qu'on exige dans les hôpitaux des infirmières de profession ? »

Nous ne saurions trop applaudir à ces nobles paroles de M. Mézières et au dévouement des femmes du monde qui se font si libéralement infirmières pour la patrie. La société, nous parlons de la société laïque, doit aide à ses semblables. Dans les heures de calamité, tous doivent être indistinctement sur la brèche : l'homme à l'armée, la femme à l'ambulance et souvent, on le sait, l'ambulance est sur le champ de bataille ! L'infirmière laïque, qu'elle soit duchesse ou simple fille des hôpitaux, est aussi capable de rendre service aux malheureux, que la religieuse. Mais entre la religieuse et la laïque, la palme à décerner est du côté de la dernière qui, laissant de côté les préoccupations de la famille et les douceurs de la vie, ne connait que son courage, et dans le danger va braver la maladie et la mort, tandis que la religieuse isolée, en dehors du monde et de la vie de famille, quel que puisse être son dévouement, il n'atteint jamais la hauteur de celui de la femme ou de la mère. Propager les institutions comme celle des Dames françaises, c'est rendre service à notre état social ; le rôle des femmes courageuses de l'Association des Dames de France est une œuvre humanitaire et de la plus haute morale, qui fait honneur à la Société laïque et nous fait entrevoir, malgré les dires de nos adversaires, l'heure du relèvement intellectuel de la femme et de son entrée en lice dans la grande cause humanitaire. — Nous apprenons avec la plus vive satisfaction que la colonie russe de Paris organise pour le 18 décembre une *grande fête russe* au profit de l'Association des dames françaises et de la caisse de bienfaisance russe. Nous souhaitons aux organisateurs de cette fête le plus grand succès.

A. ROUSSELET.

Le « tout à l'égout » à Lisbonne.

Dans une intéressante brochure (1), M. Genis fait une revue rapide des phases qu'ont subies, dans ces dernières années, les divers projets proposés pour l'assainissement de Lisbonne, dont « la plupart des égouts, mal établis sous tous les rapports, débouchent dans le fleuve devant la ville ». En 1871, le gouvernement portugais avait nommé une Commission chargée, entre autres choses, de s'occuper de la question des égouts. Cette Commission avait déjà admis « comme seul système acceptable, l'écoulement direct et continu de toutes les eaux sales et des matières excrémentielles. » Au mois de juillet 1877, le Gouvernement donna mission à un ingénieur, M. Castel Branco, de recueillir des renseignements précis sur le fonctionnement des divers systèmes de canalisation adoptés dans les principales villes de l'Europe. A la suite du dépôt du rapport de cet ingénieur, en 1879, l'Administration municipale chargea, l'année suivante, une Commission spéciale de déterminer les bases définitives d'un projet, et de répondre à plusieurs questions, dont la première était ainsi conçue : « Indiquer avec précision quel est le système d'évacuation qu'il convient d'appliquer à Lisbonne, en décidant, en premier lieu, s'il y a lieu ou non de tirer parti des eaux d'égout, soit maintenant, soit à une époque ultérieure. »

Voici les réponses qu'elle faisait à cette question : « 1° L'utilisation des eaux d'égout de Lisbonne n'est pas chose nécessaire, au point de vue de la salubrité, ni, dans l'état actuel de la science, chose convenable au point de vue économique ; 2° Il y a lieu d'adopter le système de l'écoulement continu, réalisé au moyen d'un réseau d'égouts imperméables, largement aérés, mis en communication avec les maisons, recevant toutes les eaux sales et les matières fécales, et conduisant celles-ci à une grande distance de la ville par un émissaire également imperméable et convenablement aéré. » Ainsi, le « tout à l'égout » était encore adopté par cette Commission de 1880. On remarquera toutefois qu'elle n'avait pas admis l'utilisation des eaux d'égout. Cette dernière décision s'explique sans doute par la facilité que le voisinage immédiat de la mer lui a semblé procurer à la ville, de se débarrasser définitivement de ces eaux. Nous disons « lui a semblé », parce qu'en effet, comme nous l'écrivions ici même pour le débouché, vers Trouville ou le Tréport, qu'on proposait de faire au canal, amenant en mer les eaux vannes de Paris, les matières excrémentielles ne seront pas emportées vers le large, mais reviendront fatalement vers la ville au moment de la marée ascendante. On devra aussi, selon nous, n'accueillir que sous les plus expresses réserves, l'assertion que cette utilisation « dans l'état actuel de la science, n'est pas chose convenable au point de vue économique ». Il se peut que la topographie ou la composition géologique des environs de Lisbonne se prête difficilement à l'utilisation des eaux d'égout par la culture ; il n'en est pas moins vrai que la perte totale d'une si grande quantité d'engrais, n'est point « chose convenable au point de vue économique ».

Différentes causes, que nous n'avons pas à énumérer ici, retardèrent l'exécution des décisions de la Commission de 1880. Une nouvelle Commission vient d'être nommée, cette année même, avec mission de préparer le programme des mesures à prendre pour l'assainissement de la capitale portugaise. En présence des résultats favorables obtenus par le « tout à l'égout » dans le grand nombre de villes qui l'ont déjà adopté complètement, comme Londres, Edimbourg, Bruxelles, Berlin, Francfort, Genève, Pesth, Rome, Madrid, etc., il est permis d'espérer que la commission de 1888 aura, sur ce point, la même manière de voir que ses devancières de 1871 et de 1880.

La plus grande partie de la brochure est consacrée à comparer la valeur relative des différents systèmes de vidange, et à faire ressortir ainsi les avantages du « tout à l'égout ». L'auteur, s'appuyant sur l'opinion émise, à ce sujet, par la Commission technique de l'assainissement de Paris de 1883, sur le rapport de M. Bourneville à la Chambre des Députés en 1886, et sur les idées exprimées par les hygiénistes les plus autorisés, conclut, pour la ville de Lisbonne, à l'adoption de cette solution. La Commission municipale portugaise de 1888 ne saurait manquer, comme nous le disions tout-à-l'heure, d'être du même avis que M. Genis ; mais dans l'intérêt à la fois hygiénique et économique de Lisbonne, nous nous permettrons de recommander à cette Commission, de réfléchir mûrement avant d'envoyer son « émissaire » à la mer : nous avons dit plus haut pourquoi nous n'étions pas partisan du *tout à la mer* ; et peut-être vaudrait-il mieux en arriver tout de suite à l'utilisation ou du moins à l'épuration agricole des eaux d'égout, plutôt que d'être forcé plus tard à reprendre cette solution, quand les travaux du « tout à la mer » auront été exécutés : la question économique au moins ne saurait se bien trouver de ce remaniement.

A. Pujol.

(1) *L'assainissement de Lisbonne. — Discussion des projets*, par L. Genis, ingénieur civil

Concours sur la liberté de conscience.

M. Agnellet, notaire à Paris, 38, rue Saint Georges, a reçu d'un donateur anonyme une somme de 15.000 francs, destinée à récompenser le meilleur ouvrage ayant pour objet de faire sentir et reconnaître la nécessité d'établir de plus en plus la liberté de conscience dans les institutions et dans les mœurs. Ce concours étant institué à l'occasion du centenaire de 1789, les manuscrits devront être déposés chez Me Agnellet avant le 31 mars 1889. Le jugement sera rendu le 1er juillet 1889, au plus tard, par un jury qui a été institué ainsi qu'il suit : MM. Jules Simon, sénateur, membre de l'Académie française, Président ; Franck, membre de l'Institut, professeur honoraire au Collège de France ; Paul Janet, membre de l'Institut, professeur à la Faculté des lettres de Paris ; Levasseur, membre de l'Institut, professeur au Collège de France ; Foncin, inspecteur général de l'Université ; Raoul Frary, publiciste ; Carrau, professeur adjoint à la Faculté des lettres de Paris. Secrétaire. Le prix pourra être partagé, mais la récompense attribuée à l'ouvrage jugé le meilleur ne descendra pas au dessous de 10.000 francs. Chaque concurrent sera libre de choisir la forme qu'il jugera la meilleure pour faire valoir ses idées et agir sur l'esprit public. Le roman même n'est pas exclu. On recommande aux concurrents, dans l'intérêt même de la cause qu'ils veulent servir, de faire en sorte que leur ouvrage, tout en offrant un réel intérêt aux esprits cultivés, soit accessible à un large public. Le donateur, d'accord avec les membres du comité, se réserve, pour une période de 3 ans, le droit de procurer la publication et la diffusion de l'ouvrage par les moyens qu'il jugera les plus prompts et les plus efficaces. Mais tout bénéfice produit par cette publication appartient de plein droit à l'auteur. Trois ans après la publication du jugement rendu par le comité, l'auteur reprend l'entière possession de ses droits de propriété. Les manuscrits devront être anonymes et porter seulement une devise reproduite sur une enveloppe cachetée renfermant le nom de l'auteur.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 3. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Fournier, Ch. Richet, Reynier. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Brissaud, Déjérine. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) (*1re Série*) : MM. Guyon, Kirmisson, Ribemont-Dessaignes ; — (*2e Série*) : MM. Bouilly, Reclus, Jalaguier ; — (2e partie) : MM. Potain, Straus, A. Robin.

Mardi 4. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Berger, Raymond. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Bouchard, Dieulafoy, Troisier. — 4e *de Doctorat* : MM. G. Sée, Proust, Ballet. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (*1re Série*) : MM. Duplay, Campenon, Maygrier. — 3e *d'Officiat* (1re partie) (Charité) (*2e Série*) : MM. Panas, Tarnier, Schwartz. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Charité) : MM. Jaccoud, Peter, Joffroy.

Mercredi 5. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Hayem, Ch. Richet, Reynier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (*1re Série*) : MM. Bouilly, Segond, Jalaguier ; — (*2e Série*) : MM. Trélat, Kirmisson, Ribemont-Dessaignes ; — (2e partie) : MM. Potain, Straus, Chauffard.

Jeudi 6. — (Epreuve pratique) Médec. opérat. : MM. Panas, Duplay, Quenu. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Berger, Schwartz ; — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Cornil, Tarnier, Peyrot.

Vendredi 7. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Reynier, Villejean. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Kirmisson, Budin, Reclus. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Guyon, Bouilly, Ribemont-Dessaignes ; — (2e partie) (*1re Série*) : MM. Fournier, Damaschino, Brissaud ; — (*2e Série*) : MM. Potain, Landouzy, Déjérine.

Samedi 8. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Laboulbene, Mathias-Duval, Quenu. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Peter, Dieulafoy, Hanot. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hotel-Dieu) (*1re Série*) : MM. Le Fort, Campenon, Maygrier ; — (*2e Série*) : MM. Tarnier, Peyrot, Brun ; — (2e partie) : MM. Cornil, Lancereaux, Raymond.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mercredi 5. — M. Dunn Sterwood. La kolpo-urétéro-cystotomie, nouvelle opération pour le traitement de l'urétéro-pyélite et les dernières méthodes employées pour le diagnostic de cette affection chez la femme. — M. Belin. Déviation de la face dans l'hémiplégie hystérique et dans l'hémiplégie organique. — *Jeudi* 6. — M. Verdierre. Le choléra en Espagne en 1885. — M. Nicolot. Etude sur une variété de f[illegible]. — M. Peltier. — Contribution à l'étude des exostoses de croissance. — M. Handjian. Contribution à l'étude du pneumothorax partiel. — M. Iscovesco. Néphrite scrofuleuse. — M. Gilliard. Du traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations d'acide fluorhydrique. — M. Makew. Contribution à l'étude du myxœdème — M. Rigault.

Des urines des aliénés. — *Samedi* 8. — M. Chereau. De la tuberculose testiculaire diffuse. — M. Barrier. Cure radicale de la hernie ombilicale.

Enseignement médical libre.

Cours des maladies des oreilles. — M. le Dr CALMETTES a commencé le lundi 26 novembre à 8 h. du soir à l'Ecole pratique, un cours de maladies d'oreilles et le continue les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Cours élémentaire de clinique oculaire. — M. le Dr LANDOLT fait un cours destiné à initier MM. les Etudiants à l'étude des maladies des yeux et spécialement à leur diagnostic. Le cours a commencé le mercredi 28 novembre, à une heure, rue St-André-des-Arts, 27, et est continué tous les mercredis à la même heure.

Cours d'ophthalmologie (Ecole pratique). — M. le Dr GORECKI a commencé son cours sur les maladies des yeux le lundi 19 novembre à six heures du soir, amphithéâtre n° 1, et le continue les vendredis et lundis suivants à la même heure. Ce cours élémentaire sera complet en quinze leçons. 1re leçon : Anatomie comparée de l'œil dans la série animale : 2e Maladies de la conjonctive ; 3e Cornée, sclérotique, kératites ; 4e Iris, iritis, irido-choroïdites ; 5e Cristallin, cataractes ; 6e Ophthalmoscopie, examen du fond de l'œil ; 7e Choroïde, choroïdites ; 8e Corps vitré, glaucome ; 9e Rétine, rétinites, décollement ; 10e Nerf optique, amauroses ; 11e Réfraction, accommodation, myopie ; 12e Hypermétropie, presbyopie, astigmatisme ; 13e Voies lacrymales ; 14e Muscles de l'œil, strabisme, diplopie ; 15e Résumé et méthode à suivre dans l'exploration de l'œil en vue du diagnostic. Les élèves inscrits recevront, autant que possible, une feuille autographiée contenant le programme de la leçon. Ce cours sera complété par une leçon clinique faite à la clinique du Dr Gorecki, 16, rue Dauphine, le jeudi à une heure. On s'inscrit tous les jours à la clinique ou à l'Ecole pratique au moment du cours.

Clinique nationale ophthalmologique des Quinze-Vingts. — Les médecins de cet établissement ont commencé le mardi 13 novembre une série de conférences qui ont lieu dans l'ordre suivant : Le mardi, à 2 heures, Dr ABADIE : *Clinique et opérations.* — Le jeudi, à 3 heures, Dr VALUDE : *Optique physiologique.* — Le vendredi, à 1 heure, Dr TROUSSEAU : *Thérapeutique oculaire usuelle. Opérations.* — Le samedi, à 2 heures. Dr CHEVALLEREAU : *Ophthalmoscopie clinique; exercices ophthalmoscopiques.*

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 18 nov. 1888 au samedi 24 nov. 1888, les naissances ont été au nombre de 1135, se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 406 ; illégitimes, 150. Total, 556. — *Sexe féminin :* légitimes, 450 ; illégitimes, 129. Total, 579.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 18 nov. 1888 au samedi 24 nov. 1888, les décès ont été au nombre de 806, savoir : 409 hommes et 397 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 7, F. 5. T. 12. — Variole : M. 0, F. 3, T. 3. — Rougeole : M. 9, F. 11. T. 20. — Scarlatine : M. 3, F. 1, T. 4. — Coqueluche : M. 0, F. 3. T. 3. — Diphthérie, Croup : M. 15 F. 12, T. 27. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 93, F. 91. T. 184. — Autres tuberculoses : M. 8 F. 5. T. 13. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 3. T. 4. — Tumeurs malignes : M. 7, F. 25. T. 32. — Méningite simple : M. 11, F. 10, T. 21. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 13, F. 29. T. 42. — Paralysie M. 2, F. 4. T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 2, F. 3 T. 5. — Maladies organiques du cœur : M. 20, F. 20. T. 40. — Bronchite aiguë : M. 8, F. 8. T. 16. — Bronchite chronique : M. 19, F. 10. T. 29. — Broncho-Pneumonie : M. 12, F. 6. T. 18. — Pneumonie : M. 23. F. 22. T. 45. — Gastro-entérite, biberon : M. 20, F. 17. T. 37. — Gastro-entérite, sein : M. 10, F. 0. T. 10 — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 3. T. 4. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 0. T. 0. — Autres affections puerpérales : M. 0, F 0. T. 0. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 10. F. 9, T. 19. — Sénilité : M. 6, F. 18. T. 24. — Suicides : M. 5, F. 1, T. 6. — Autres morts violentes : M. 8. F. 2. T. 10. — Autres causes de mort : M. 92. F. 72. T. 164. — Causes restées inconnues : M. 4, F. 4, T. 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 72, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 26, illégitimes, 10. Total : 36 — *Sexe féminin :* légitimes, 23; illégitimes, 13. Total : 36.

FACULTÉ DES SCIENCES DE BESANÇON. — M. MAGON est nommé chef des travaux de zoologie et botanique, en remplacement de M. Phisalix, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DES SCIENCES DE CLERMONT. — M. HURION, professeur de clinique, est nommé assesseur du doyen, en remplacement de M. Julien, démissionnaire.

FACULTÉ DES SCIENCES DE GRENOBLE. — M. DODERO est nommé préparateur de botanique, en remplacement de M. Bonnet, démissionnaire.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — *Agrégation de médecine.* — Sont admis à prendre part au concours d'agrégation, qui s'ouvrira à Paris, le 15 décembre 1888, pour onze places d'agrégé des Facultés de médecine (section de médecine : pathologie interne et médecine légale) les candidats dont les noms suivent : *Académie de Bordeaux* : MM. Davezac, Mesnard, Suzanne ; — *Académie de Lyon* : M. Audry ; — *Académie de Montpellier* : M. Sarda ; — *Académie de Nancy* : M. Colin ; — *Académie de Paris* : MM. Babinski, Balzer, Barth, de Beurmann, Bourcy, Brault, Chantemesse, Charrin, Combemal, Cuffer, Gaucher, Gilbert, Grenier, Gueit, Jeannel, Juhel-Renoy, Letulle, Marfan, Marie, Martin, Mathieu, Morel-Lavallée, Netter, Richardière, Roque, Roger, Talamon et Vibert.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX. — M. BONNANS, est nommé, pour l'année scolaire 1888-1889, préparateur des travaux pratiques de chimie, en remplacement de M. Brunelière, démissionnaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — M. BRULANT, est nommé, pour trois ans, chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Coppens, dont la délégation est expirée. — M. FROMONT est nommé aide d'anatomie, en remplacement de M. Labalette, dont la délégation est expirée. — M. BRUNEAU est nommé aide préparateur de physique, en remplacement de M. Bulté, démissionnaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON. — M. BELOUS est nommé pour deux ans chef de clinique des maladies mentales, en remplacement de M. Taty, dont le temps d'exercice est expiré. — Sont nommés, pour deux ans : chef de clinique ophthalmologique, M. MEURER, en remplacement de M. Porteret, dont le temps d'exercice est expiré ; — chef de clinique chirurgicale : M. VALLAS, en remplacement de M. Duzéa, dont le temps d'exercice est expiré.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. CASTOR est nommé préparateur de physique, en remplacement de M. Bertin-Sens, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. ZILGIEN est maintenu jusqu'au 31 décembre 1888, dans les fonctions d'aide d'anatomie pathologique. — M. HEYDENREICH, professeur de clinique externe, est nommé pour trois ans, à partir du 16 novembre 1888, doyen de la dite Faculté. — Sont nommés pour deux ans, aides de clinique : MM. RICHE et JUMBIEHL, en remplacement de MM. Guirlet et Langenhagent, démissionnaires ; — M. DURON, aide de physiologie, en remplacement de M. Laine, démissionnaire. — M. PIERROT, est nommé, pour l'année scolaire 1888-1889, chef des travaux du laboratoire de thérapeutique, en remplacement de M. Ganzinotti, démissionnaire.

FACULTÉ TCHÈQUE DE L'UNIVERSITÉ DE PRAGUE. — Voici des renseignements plus circonstanciés sur cette Faculté de médecine de langue tchèque, dans laquelle professent des savants dévoués à la France. Cette Faculté, créée en 1882-1883, est absolument séparée de la Faculté alemande. Elle a ses instituts spéciaux (anatomie, physiologie, cliniques médicale, chirurgicale, ophtalmologique). Les professeurs sont : M. Bastyr (maladies des dents), Belobonbeck (pharmacologie), Eiselt (médecine interne), Chodounsky (balnothérapie), Cumpelick (psychiatrie), Hlava (anatomie pathologique et bactéorologie), Horbaczenski (chimie médicale), Farnosik (histologie normale), Fanovsky (maladies de la peau et syphiliographie), Firies (pharmacologie), Maixner (médecine interne), Mickl (chirurgie), Nessl (déontologie), Nureutter (maladies des enfants), Parlick (gynécologie), Reinsber (médecine légale), Schöll (ophtalmologie), Spina (pathologie générale et expérimentale), Steffal (anatomie systématique et topographique), Schuring (accouchements pour les sages-femmes), Thomayer (maladies du système nerveux), Tomsa (physiologie), Weiss (chirurgie). Il y a, à cette Faculté, une policlinique.

Les étudiants en médecine tchèques ont formé, depuis plusieurs années, une société *Spolek medikii ceskych.* La cotisation est de un florin (2 fr.). Cette société possède une bibliothèque qui renferme toutes les publications tchèques et slaves, et beaucoup d'ouvrages français et allemands. Elle se réunit une fois par semaine, le samedi, à « *Helmii* », où se font des conferences sur les progrès de la médecine. Les membres pauvres de la société reçoivent des subventions. Un grand bal, qui est un des plus élégants de Prague, est donné par ses membres et le produit est destiné à la bibliothèque. Nous devons ces renseignements à l'obligeance de M. le Dr Jean Blatol, de Prague. (Voir dans la *Revue Scientifique* du 25 nov. l'article de notre collaborateur P. Loye).

Ecole de médecine et de pharmacie de Nantes. — Sont nommés : Préparateur de physique, matière médicale et histoire naturelle : M. Lahay, en remplacement de M. Perron, dont la délégation est expirée ; — Prosecteur : M. Brianceau, en remplacement de M. Guichard, démissionnaire ; — aide d'anatomie. M. Voyer (Ad.), en remplacement de M. Voyer (Aug.).

Ecole de médecine et de pharmacie de Marseille. — M. Roux est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes et de clinique obstétricale.

Ecole de médecine et de pharmacie de Besançon. — M. Magon est nommé, pour une période de neuf ans, à partir du 1er novembre 1888, suppléant d'histoire naturelle.

Ecole de médecine et de pharmacie de Grenoble. — M. Verne est nommé professeur de pharmacie et matière médicale.

Ecole de médecine et de pharmacie de Tours. — M. Brissonnet, suppléant des chaires de physique et de chimie, est chargé, pendant l'année scolaire 1888-1889, du cours de pharmacie et matière médicale.

Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier. — M. Palouzier est nommé préparateur de pharmacie et histoire naturelle, en remplacement de M. Fortuné, démissionnaire.

Ecole supérieure de pharmacie de Nancy. — M. Daltroff est nommé, pour trois ans, aide préparateur des travaux pratiques de chimie, en remplacement de M. Simon, démissionnaire.

Hôpitaux de Paris. — *Concours d'Externat.* Les questions, dernièrement posées à ce concours, à l'épreuve d'anatomie, ont été : *Crosse de l'aorte* ; — *Diaphragme* ; — *Veines du membre inférieur* ; — *Clavicule* ; — *Fosses nasales* ; *Rapports du poumon et sa conformation extérieure* ; — *Muscle psoas-iliaque* ; — *Articulation de l'épaule.*

Concours d'Internat. — La lecture des copies continue, mais avec de trop fréquentes interruptions. Pourvu que cela continue longtemps ainsi, à la fin de janvier, il faudra, comme jadis, faire des séances supplémentaires. Il était alors inutile de commencer si tôt.

Mutations des chirurgiens des hôpitaux. — Par suite de la création d'un nouveau service de chirurgie à l'hôpital Tenon, M. Felizet, chirurgien à l'hospice d'Ivry, prend possession du nouveau service créé à Tenon, et M. Kirmisson, chirurgien du bureau central, passe à l'hospice d'Ivry.

Hôpitaux maritimes. — Un nouvel hôpital maritime fonctionne désormais à Saint-Pol pour les enfants scrofuleux et rachitiques du départements du Nord.

Hôpitaux de Marseille. — Le concours ouvert pour trois places de *majors* dans les hôpitaux civils de Marseille s'est terminé par la nomination de MM. les Drs 1° Regnault (Félix), ancien interne des hôpitaux de Paris ; 2° Pantaloni ; 3° Louge.

Hôpitaux de Nancy. — Le concours de l'Internat des hopitaux de Nancy s'est terminé par les nominations suivantes. *Internes titulaires* : MM. Riche, Zumbiehl et Sibut ; — *Internes provisoires* : MM. Senique et Vigneron.

Hôpitaux de Nantes. — A la suite des divers concours ouverts près les hopitaux de Nantes, ont été proclamés *internes titulaires* : MM. Monnier, Briton, Chevalier, Brianceau, Renoul, Gouraud, Leray, Sureau et Neveu-Derotrie. — *Internes provisoires* : MM. Sourdille, Bellouard et Tulasne. — *Externes* : MM. Loréal, Lapayre, Retaillau, Muller, Lenoir, Texier, Galard, Guilbaud, Le Coquil, Acher-Dubois, Tremant, Le Même, Brindejonc, Voyer, Derien et Leisjoin.

Asiles d'aliénés. — *Concours pour la bourse de voyage des Internes.* — Ce concours (voir p. 403) s'est terminé le 19 novembre. La lecture des compositions a eu lieu dans l'une des salles de la caserne Lobau (annexe de l'Hotel-de-Ville) et les épreuves cliniques à la Salpêtrière. La bourse de voyage a été decernée à M. Arnaud, qui a obtenu 89 points sur 100. Le procbain concours aura lieu en 1891. Il est vivement à désirer que les internes des quartiers d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière y prennent part.

Asiles d'aliénés. — *Concours pour les médecins-adjoints.* Nous rappelons qu'un premier concours en vue de l'admissibilité aux emplois de médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés aura lieu à Lyon, Lille et Bordeaux, le 20 decembre prochain, et à Paris, Nancy, Montpellier, le 26 décembre prochain.

Assainissement des villes. — Une commission vient d'être nommée à Rome pour étudier l'assainissement de cette ville.

Bibliothèque de Beauvais. — Vient d'être nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque de Beauvais M. Devé, docteur en médecine, professeur au collège, en remplacement de M. Couard-Luys.

Bibliothèque de Mamers. — Du comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque de Mamers fera désormais partie M. Godard, docteur en médecine.

Bulletin médical de l'Aisne. — Nous venons de recevoir l'annee 1887, publiée par la Société de médecine du département. Fascicule in-8° de 72 pages. — Saint-Quentin, 1888. Imprimerie Ch. Poette.

Collège de France. — M. Balbiani, professeur d'embryogénie comparé, est autorisé à se faire remplacer pendant le 1er semestre de l'année scolaire 1888-1889, par M. Félix Henneguy, docteur en médecine, licencié ès sciences naturelles. — M. Marey, professeur d'histoire naturelle des corps organisés, est autorisé à se faire remplacer, pendant le 1er semestre de l'année scolaire 1888-1889, par M. F. Franck.

Congrès international d'Assistance publique. — La Commission ministérielle s'est réuni lundi 19 novembre, au Palais des Sociétés savantes, 14, rue des Poitevins à l'effet de constituer son bureau. Ont été nommés : *Président*, M. Th. Roussel ; — *Vice-président*, MM. Bourneville, Chautemps, Monod ; — *Secrétaire-général*, M. le Dr H. Thulié.

Congrès international d'otologie et de laryngologie. — Un comité est chargé d'organiser ce Congrès qui doit avoir lieu pendant l'Exposition universelle de 1889 ; il se compose de MM. Boucheron, Calmettes, Duplay, Garel, Gellé, Gouguenheim, Joal, Lannois, Ladreit de la Charrière, Lœwenberg, Ménière, Miot, Mouve, Noquet, Ruault, Félix Terrier, Tillaux.

Congres des médecins du Chili. — Un congrès des médecins du Chili se réunira à Santiago de Chili, le 15-20 mars 1889, à l'occasion de l'inoguration de la nouvelle Ecole de médecine, chirurgie, hygiène, sciences accessoires.

Dispensaire de la salubrité de Paris (Préfecture de police). — Ce dispensaire sera transféré le 1er janvier 1889 à la prison Saint-Lazare, pour simplifier le service.

Du chloroforme employé dans les Hôpitaux. — Dans différents services hospitaliers on se plaint depuis longtemps de la mauvaise qualité du chloroforme destiné à l'anesthésie des malades qu'on doit opérer. Malgré des réclamations répétées, le chloroforme continue à ne pas être des meilleurs. On ne saurait trop le répéter, mais l'administration devrait y veiller. Quand il s'agit d'opérations chirurgicales graves, longues et difficiles, telles que les opérations abdominales, il est absolument indispensable de posséder un agent anesthésique aussi irréprochable que possible. Puisque ailleurs on y parvient, pourquoi, dans les hôpitaux, n'essayerait-on pas de fournir aux chirurgiens un meilleur chloroforme ?

Etain plombifère. — Il est défendu d'employer des feuilles d'*étain plombifère* pour envelopper les fruits, confiseries, etc., en somme toutes les substances alimentaires (Ordonnance du 13 nov. 1888 de la Préfecture de police). Les feuilles destinées à cet usage devront ne contenir que de l'étain fin, c'est-à-dire un alliage renfermant au moins 97 0/0 d'étain.

Institut orthopédique d'Arcachon. — C'est en considérant la fréquence des déformations consécutives aux affections de l'appareil locomoteur et surtout l'impossibilité pour les familles de réunir tous les moyens exigés par le traitement orthopédique, jointe à la nécessité d'une volonté persistante, à la fois exempte de faiblesse et bienveillance, qu'on a songé à créer à Arcachon un Institut orthopédique. Organisé sous les auspices et avec le concours de tout le corps médical de la Ville, cet établissement réunit les ressources scientifiques voulues, mais, grâce à sa situation, il offre encore les conditions de *milieu* les plus favorables au but poursuivi. L'*Institut Orthopédique d'Arcachon* se compose d'un vaste bâtiment, confortablement emménagé, s'ouvrant d'une part en face de la mer, sur la plage du Bassin, de l'autre, en face de la forêt de pins qui l'entoure, sur un beau square intérieur situé en plein Midi. Il est divisé en deux parties complétement séparées, l'une pour les filles, l'autre pour les garçons, et renferme dans ses salles d'opérations et de pansements : les appareils nécessaires pour l'application de l'électriicté et de l'hydrothérapie sous diverses formes, un gymnase médical approprié, ainsi que tous les instruments et appareils nécessités par le traitement orthopédique. avec les moyens de fabriquer ceux que l'état d'un malade réclamerait spécialement.

Nous rappellerons à ce propos le vœu du Conseil municipal relatif à la creation d'Instituts municipaux pour les enfants rachitiques, difformes, estropiés, vœu qui n'a pas encore reçu satisfaction.

NOMINATIONS. — Viennent d'être nommés, par un arrêté du ministre de l'Instruction publique, membres de la commission et étude de l'hygiène de la vue dans les écoles : MM. les docteurs Abadie, Mathias Duval, Chevallereau, Galtier-Boissière, Javal, Maurice Perrin et Panas.

PRIX A DÉCERNER. — Le sénat de Washington offre un prix de 500.000 fr. à celui qui trouvera un remède capable de diminuer la mortalité de la fièvre jaune.

RÉCOMPENSES. *Infirmières.* — Par arrêté en date du 31 octobre 1888, pris en vertu du décret du 31 mars 1885, et conformément à l'avis du comité de direction du service de l'hygiène, le ministre du commerce et de l'industrie a décerné une médaille d'honneur, en or, à Mlle Poirier (M.), infirmière à l'hôpital d'Annecy (Haute-Savoie). Depuis cinquante ans, elle n'a cessé de s'acquitter de ses fonctions avec un dévouement et une abnégation dignes des plus grands éloges, notamment au cours d'épidémies de choléra et de fièvre typhoïde, qui ont sévi à diverses reprises dans cet établissement.

REVUE SCIENTIFIQUE. — *Sommaire du numéro* 20 (17 novembre 1888).— L'Institut Pasteur.— L'école du service de santé militaire et la faculté de médecine de Strasbourg, de 1851 à 1870, par M. BEAUNIS. — L'éducation physique de l'enfant, par M. F. LAGRANGE. — Les pêcheries du Cambodge, par M. SAINT-SERNIN. — Développement des canaux sécréteurs et des poches sécrétrices, par Mlle LEBLOIS. — Causerie bibliographique. — Académie des Sciences de Paris. — Informations, Correspondance et Chronique. — Inventions, Bibliographie et Bulletin météorologique.

REVUE SCIENTIFIQUE. (Sommaire du numéro 21 (25 novembre 1888). — Congrès des naturalistes allemands, session de Cologne, 1888 : Cerveau et sociabilité, par M. TH. MEYNERT. — Les deux Universités de Prague, par M. P. LOYE. — Turquet de Mayerne et la découverte de l'hydrogène, par M. E. MEYERSON. — Les Esquimaux, d'après M. Petitot, par LÉO QUESNEL — La charité juive, par M. SALOMON REINACH. — Causerie bibliographique. — Académie des sciences de Paris. — Informations, Correspondance et Chronique. — Inventions, Bibliographie et Bulletin météorologique.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — *Élèves sortant du Val-de-Grâce.* — Ont été nommés, pour prendre rang du 5 novembre, les médecins stagiaires, sortant de l'École d'application de médecine et de pharmacie militaire, dont les noms suivent, savoir : *Au grade de médecin aide-major de 2e classe*, MM. Vincent, désigné pour être adjoint au professeur agrégé du laboratoire de bactériologie à l'école du Val-de-Grace. Licht, désigné pour le 11e rég. de cuirass. B. ssères, désigné pour le 9e rég. d'inf. Vieron, désigné pour le 14e rég. d'inf. Bardot, désigné pour le 2e bat. de chass. à pied. Augias, désigné pour le 1er rég. d'art.-ponton. Guibbaud, désigné pour le 2e rég. d'art.-ponton. Faucillon, désigné pour le 131e rég. d'inf. Watrin, désigné pour le 10e bat. de chass. à pied. Barbot, désigné pour le 7e rég. d'art. Gary, désigné pour le 12e rég. d'inf. Piedpremier, désigné pour le 3e rég. de drag. à pied. Küster, désigné pour le 29e rég. de drag. Delaborde, désigné pour le 26e rég. de drag. Lenez, désigné pour le 30e bat. de chass. Mendes Bonito, désigné pour le 67e rég. d'inf. Lombard, désigné pour le 63e rég. d'inf. Barthélemy, désigné pour le 1er reg. de drag. Cuche, désigné pour le 38e rég. d'inf. Fosse, désigné pour le 21e rég. de chass. Lansac, désigné pour le 4e rég. de cuirassiers. Gaillard, désigné pour le 16e rég. de chass. Armynot du Chatelet, désigné pour le 45e rég. d'inf. Vitoux, désigné pour le 25e régim. d'art. Danjou, désigné pour le 7e rég. de cuirass. Lejeune, désigné pour le 24e rég. de drag. de Vernejoul, désigné pour le 90e rég. d'inf. Provendier, désigné pour le 87e rég. d'inf. Salis, désigné pour le 77e rég. d'inf. Ravaux, désigné pour le 86e rég. d'infant. Esprit, désigné pour le 97e reg. d'inf. Senesse, désigné pour le 53e rég. d'inf. Gilles, désigné pour le 8e rég. de huss. Deumié, désigné pour le 124e rég. d'inf. Sicard, désigné pour le 143e régim. Millière, désigné pour le 6e rég. de drag. Habert, désigné pour le 11e rég. de huss. Dumont, désigné pour le 68e rég. d'inf. Michel, désigné pour le 27e rég. d'art. Gauillard, désigné pour le 12e reg. de chass. Cavalier Benezet désigné pour le 64e rég. d'inf. Pascal, désigné pour le 88e rég. d'inf. Cambours, désigné pour le 137e reg. Lœuillet, désigné pour le 109e rég. d'inf. Louis, désigné pour le 116e rég. d'inf. Dubar, désigné pour le 1er rég. d'inf. Guillaume, désigné pour le 70e rég. d'inf.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE DE PARIS 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. — La 5e conférence annuelle Broca aura lieu le jeudi 13 décembre 1888, à 4 heures de l'après-midi. Elle sera faite par M. le Dr J. V. LABORDE, membre de l'Académie de médecine, qui traitera les sujets suivants : *Les Centres nerveux sensitivo-moteurs; — Le lobe et les centres olfactifs.* On peut se procurer des cartes d'entrée au siège de la Société.

STATISTIQUE DE LA CRÉMATION. — La *Flamme*, organe de la Société de crémation de Berlin, fournit les renseignements suivants sur le nombre total des crémations qui eurent lieu dans les différents pays jusqu'au 1er août 1888 : Italie, 998 crémations ; Gotha, 554 ; Amérique, 287 ; Suède, 39 ; Angleterre, 16 ; France, 7 ; Danemark, 1. Nombre de membres des Sociétés de crémation : en Suède, 3,012 ; en Danemark (Copenhague), 1,326 ; en Hollande, 1,128 ; en Allemagne, 612 ; en Italie, 580 ; à Hambourg, 138 ; en Suisse (Zurich), 390.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort du docteur SAGOT (de Dijon). Son grand-père, pharmacien à Paris, avait été le collaborateur et l'ami de l'illustre de Jussieu, qu'il suppléa à diverses reprises dans ses cours au Muséum. Reçu docteur en médecine à Paris, Paul Sagot entra d'abord dans la marine et recueillit, dans de longs séjours aux colonies, des documents précieux sur l'histoire naturelle. Il occupa pendant quelques années une chaire à l'Ecole normale spéciale de Cluny. La mort vient de le surprendre au moment où il mettait la dernière main à un précis d'agriculture des pays tropicaux. — On annonce la mort de M. le docteur CHENEVIER, conseiller général républicain du Doubs pour le canton d'Audeux et ancien directeur de l'Ecole de médecine de Besançon. M. Chenevier, originaire de Metz, était âgé de soixante-deux ans. — M. le docteur DUPRÉ, chirurgien honoraire de l'Hôtel-Dieu, président de la Société médicale de l'Ain, chevalier de la Légion d'honneur et de l'ordre Saint-Maurice et Lazare, est décédé à Bourg, le 9 novembre, dans sa quatre-vingt-troisième année. — M. le docteur Charles MOURIE, médecin de l'hôpital d'Ax. — M. Léger CHARREYRE (d'Yssingeaux). — M. le docteur RIBART, médecin-major de 1re classe à Lyon. — M. le docteur Charles FRÉMY, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, ancien interne des hôpitaux (promotion 1839). — M. le Dr BAUDÈRE (de Croisy-sur-Andelle). — M. le Dr MAIER, professeur d'anatomie pathologique à l'université de Fribourg. — M. KYERULF, professeur à l'Université de Christiana.



BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.

GLOVER (J. — **Notes et schéma sur la topographie pathologique de l'axe cérébro-spinal** Brochure in-8 de 36 pages, avec 2 planches. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés. . . . , ... 1 fr. 35.

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard Saint-Germain.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE. — 3e session. Paris, 1888. — Président : M. le professeur Verneuil. — Procès-verbaux, mémoires et discussions publiés sous la direction de M. le Dr L. Pozzi, secrétaire général. Volume in-8 de 670 pages, avec 28 figures. — Prix. . . . . 14 fr

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

COSTE — L'inconscient. Etude sur l'hypnotisme. Volume in-18 de 159 pages. — Prix : 2 francs.

ROGERS (A.-C.).— Functions of a school for feeble. — Minded. Brochure in-8 de 5 pages. — Chez l'auteur, à Minnesota.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V Goupy et Jourdan rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VIII. N° 49. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 8 DÉCEMBRE 1888.

Le Progrès Médical

CLINIQUE INFANTILE

Des manifestations précoces de la syphilis congénitale, étudiées spécialement au point de vue du diagnostic ;

par le Dr SEVESTRE, médecin de l'Hospice des Enfants-Assistés.

Le diagnostic de la syphilis congénitale présente une importance de premier ordre, et l'on ne saurait trop s'appliquer à reconnaître cette maladie dès sa première apparition, à la dépister en quelque sorte, alors que les symptômes par lesquels elle se manifeste sont encore à peine ébauchés. Ce *diagnostic précoce* assure, en effet, non pas seulement le sort de l'enfant, dont les chances de guérison seront d'autant plus grandes que le mal aura été reconnu plus tôt, mais aussi celui de la nourrice, qui risque d'être contaminée si elle continue à donner le sein à un enfant malade.

Mais ce diagnostic, si important, est aussi fort difficile, et la difficulté est encore accrue par ce fait que la syphilis congénitale se manifeste à des époques variables après la naissance, et que les enfants chez lesquels elle devra plus tard apparaître, restent souvent pendant plusieurs semaines sans présenter aucune trace suspecte, et peuvent à ce moment offrir toutes les apparences de la santé la plus parfaite ; la surveillance doit donc être incessante, pour peu que l'on ait quelques soupçons tirés de la connaissance des antécédents héréditaires, et en pareil cas, la prudence la plus élémentaire commande de ne pas donner de nourrice à l'enfant. Mais il est des cas plus difficiles encore, dans lesquels l'attention n'est pas éveillée, soit parce que les parents ignorent ou cachent ces antécédents, soit parce que les parents eux-mêmes sont inconnus. Il en est toujours ainsi à l'hospice des Enfants-assistés, où les enfants sont abandonnés sans que le moindre renseignement puisse éclairer sur leur état de santé, soit dans le passé soit dans l'avenir.

Les descriptions des auteurs qui traitent de la syphilis congénitale, même les mieux faites, ne sont pas suffisamment explicites à ce sujet, et il m'a semblé qu'il pouvait y avoir quelque intérêt à étudier les symptômes de cette maladie spécialement au point de vue du diagnostic, c'est-à-dire à rechercher la valeur de ces symptômes, et à voir quels sont ceux qui les premiers pourront mettre sur la voie du diagnostic.

Je n'ai point l'intention de faire une étude complète de la syphilis héréditaire ; je laisserai même de côté un bon nombre de points pourtant fort intéressants de son histoire ; mais je m'attacherai surtout à décrire les symptômes avec toute la précision possible, et sans négliger les signes grossiers qui caractérisent la maladie confirmée, je m'efforcerai surtout de caractériser et de mettre en lumière les signes discutés ou discutables, et ceux qui en l'absence de traits suffisamment nets, peuvent servir de base à ce que j'appelle le *diagnostic précoce* (1).

La syphilis héréditaire peut évoluer pendant la vie utra-utérine et amener la mort et l'expulsion prématurée du fœtus ; — elle peut aussi laisser vivre l'enfant qui nait à terme ou plus souvent avant terme en présentant dès la naissance des stigmates de la maladie ; — elle peut enfin ne se manifester que plus ou moins longtemps après la naissance, et dans ce cas encore deux éventualités sont possibles : tantôt et le plus souvent la maladie apparait quelques semaines ou quelques mois après la naissance, tantôt elle ne se montre que longtemps après ; ces derniers cas sont décrits sous le nom de *syphilis héréditaire tardive* : je déclare de suite, pour n'y plus revenir, que je ne m'en occuperai pas, voulant me borner à la syphilis des nouveau-nés. Je serai bref également sur la syphilis fœtale. L'enfant étant mort, la clinique n'a plus à intervenir en ce qui le concerne. Il n'en est pas moins très important de chercher à établir le diagnostic et de déterminer s'il s'agit bien d'un cas de syphilis. Cette notion implique en effet l'obligation de tenir les parents en observation, et de les soumettre à un traitement approprié ; cette obligation est plus stricte encore s'il survient plus tard une autre grossesse, et l'enfant naissant dans ces conditions devra être l'objet d'une surveillance spéciale.

Existe-t-il des *signes permettant de dire si un fœtus expulsé avant terme est ou n'est pas syphilitique ?* oui, dans certains cas, mais le plus souvent on n'aura que des présomptions. L'époque de la grossesse à laquelle se produit l'avortement par le fait de la syphilis est assez variable, ou du moins existe-t-il une certaine divergence dans les opinions des auteurs à ce sujet. D'après Bertin et Bouchut, ce serait entre le 5e et le 7e mois, d'après Weber et Parrot, vers le 7e ou le 8e mois. Ruge, qui a étudié avec soin les questions relatives au fœtus syphilitique, admet que près de la moitié des enfants viennent dans le cours du 7e mois de la grossesse, et que près de 90 pour 100 viennent avant 8 mois 1/2. Ce serait donc en somme vers le 7e mois que se produirait surtout l'avortement syphilitique ; mais ce n'est là qu'une moyenne, et Diday fait remarquer que pour les avortements qui ont lieu dans les premiers mois, il est souvent très difficile de faire la part qui revient à la syphilis dans la production de l'accident.

L'*apparence du fœtus* peut-elle nous renseigner ? Dans certains cas rares on trouve sur la peau des manifestations dont la description sera mieux placée plus loin, car ce sont les mêmes qui peuvent exister au moment de la naissance, par exemple et surtout le pemphigus ; mais le plus souvent le fœtus présente seulement les altérations caractérisant ce que Ruge décrit sous le nom de *fœtus sanguinolentus*. Mais des altérations du même genre peuvent se montrer chez des fœtus qui ne sont nullement syphilitiques.

(1) Les travaux consacrés à l'étude de la syphilis congénitale sont fort nombreux, et je ne puis, sans m'écarter du but que je me suis fixé, les signaler ici. On trouvera, du reste, des indications bibliographiques très complètes dans l'excellent article du *Dictionnaire encyclopédique*, dû à MM. P. et E. Diday (1884). Je donnerai donc seulement les indications bibliographiques postérieures à cet article, et, dès maintenant, je signale comme particulièrement intéressantes les études de Roger (*Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance*, t. II) et surtout de Parrot (*La Syphilis héréditaire et le rachitisme*, 1886). J'aurai aussi, dans le courant de la description, l'occasion de citer quelques travaux récents.

L'*examen des viscères* a plus de valeur, et sans entrer dans le détail, je me borne à signaler les lésions du thymus, des poumons, du cœur, du foie, de la rate, des capsules surrénales, du péritoine, du testicule, des os. Ces lésions, d'ailleurs, ne sont pas constantes et, dans un bon nombre de cas, l'examen le plus complet ne révèle rien de caractéristique. Enfin, on devra aussi examiner le placenta et les membranes, et se rappeler que, d'après les recherches de Bar, l'hydramnios est souvent en rapport avec la syphilis. Mais ce serait sortir du cadre que je me suis tracé que d'insister sur tous ces points; j'ai hâte d'arriver aux symptômes de la syphilis chez l'enfant né vivant.

Deux cas peuvent se présenter : 1° l'enfant présente des signes au moment même de la naissance ; — 2° les signes de la syphilis ne paraissent qu'un certain temps après la naissance.

I.

Signes de la syphilis existant au moment de la naissance. — Les manifestations de la syphilis existant chez l'enfant au moment de la naissance ou apparaissant dans les quelques heures qui suivent seraient assez fréquentes si l'on en croyait les anciens auteurs et cette opinion a encore été soutenue par les médecins observant à l'hopital de Vaugirard au commencement de ce siècle, et par quelques autres plus récents. Mais lorsqu'on cherche à savoir quelles étaient ces manifestations, on voit que, dans l'immense majorité des cas, il s'agissait de lésions ou de troubles fonctionnels absolument indépendants de la syphilis. Les tumeurs stéatomateuses, l'imperforation de l'anus, l'hypospadias, etc., etc., étaient considérés comme des résultats de l'infection syphilitique, aussi bien d'ailleurs que l'ophthalmie purulente ou même la coloration verte des matières fécales. En fait, et sans adopter l'opinion trop exclusive de Ricord qui disait en 1846 n'avoir jamais vu d'enfant naître avec des symptomes constitutionnels, on peut affirmer que les manifestations *vraiment congénitales* de la syphilis héréditaire sont rares et même exceptionnelles.

« Nous n'avons pour notre part, disent Trousseau et Lasègue, rencontré aucun exemple de manifestation aussi hâtive. M. Huguier, dont l'autorité ne peut être mise en doute, nous dit n'avoir vu qu'une seule fois à l'hopital de Lourcine, spécialement affecté aux femmes syphilitiques, un enfant naissant avec des traces suffisamment reconnaissables de l'affection ».

De même, pendant dix années d'observation à l'hopital de Lourcine, Cullerier n'a vu que deux enfants naître avec des syphilides : chez l'un c'était une roséole, chez l'autre des plaques muqueuses autour de l'anus.

D'autre part, A. Cooper déclare avoir vu plusieurs enfants venir au monde avec une éruption cuivrée à la paume des mains, à la plante des pieds et sur les fesses.

Bertin cite d'après Gilbert l'observation d'un enfant qui naquit avec des pustules plates, d'un rouge brun, lenticulaires disséminées sur le dos, les fesses, les cuisses, et qui mourut quelques jours après, et celle d'un garçon qui ne vécut aussi que quelques jours et présentait à sa naissance des taches pustuleuses aux fesses et aux cuisses.

Rondelet, Guérard, Landmann, Diday, Bouchut ont rapporté des observations du même genre, mais si l'on veut bien remarquer que chaque observateur, même après une pratique étendue, ne rapporte qu'un ou deux cas du meme genre, et si l'on considère aussi que ces cas sont toujours rappelés dans les ouvrages traitant de la syphilis héréditaire, sans qu'on trouve à en citer d'autres plus récents, on arrive à cette conclusion que les faits en question sont tout au moins très rares.

Il faut faire une exception cependant pour une manifestation dont je n'ai pas parlé jusqu'ici, parce qu'elle n'est pas nettement signalée dans les observations anciennes, mais qui au contraire, d'après les données récentes, présente une valeur positive au point de vue du diagnostic de la syphilis au moment de la naissance. Je veux parler du pemphigus ou syphilide bulleuse.

Syphilide bulleuse (Parrot) ; *Pemphigus syphilitique* des anciens auteurs. — Le pemphigus, chez le nouveau-né, peut présenter deux modalités différentes, suivant qu'il est ou non en rapport avec la syphilis. Je ne m'occuperai guère ici que du pemphigus syphilitique, me réservant de dire seulement quelques mots de l'autre variété, à propos du diagnostic.

Le pemphigus syphilitique existe généralement au moment de la naissance, et il peut aussi survenir pendant la vie intra-utérine, à partir du 6e ou 7e mois ; c'est même à cette époque que, d'après Diday, il faudrait en faire remonter le début ordinaire. Quelquefois, mais beaucoup plus rarement, il n'apparait que dans les premières heures ou les premiers jours de la vie extra-utérine. Enfin, dans quelques cas, mais qui peuvent être considérés comme exceptionnels, l'éruption ne s'est montrée que le 7e jour (Stamm), le 15e (Held), à la fin du 2e mois (Ollivier et Ranvier) dans la 10e semaine (Parrot). L'éruption est caractérisée par des bulles dont le diamètre varie depuis 2 ou 3 millimètres, jusqu'à 1 cent. ou 1 cent. et demi au plus, et qui siègent d'une façon constante et même souvent exclusive à la paume des mains et à la plante des pieds. En examinant ces régions, on voit des taches vineuses entourées d'une zone rouge vif, dont l'épiderme est soulevé par du liquide. Ordinairement isolées et disséminées çà et là, ces bulles sont d'autres fois cohérentes ou même plus ou moins confluentes ; elles forment alors de grosses bulles, dont les contours ne sont plus circulaires, mais irrégulièrement convexes. Dans l'intervalle des bulles, la peau a une coloration plus sombre que sur le reste du corps, variant de la teinte hortensia au violet foncé.

Les bulles isolées sont ordinairement assez pleines, distendues par le liquide. Les plus grosses et surtout les bulles multiples sont souvent affaissées et ressemblent à des vessies de baudruche à moitié remplies; enfin quelquefois elles sont crevées, l'épiderme restant appliqué sur le derme ou se trouvant au contraire complètement détaché. Le liquide contenu dans les bulles est toujours plus ou moins louche même dès le début, puis purulent, verdâtre et dans certains cas sanguinolent : le microscope y fait découvrir des granulations fibrineuses, des globules de pus, et des flocons blanchâtres, débris du corps muqueux de Malpighi. Lorsque l'épiderme s'est déchiré, on trouve au-dessous des ulcérations à fond rougeâtre et sanieux, ordinairement peu profondes, mais qui parfois cependant se creusent et gagnent toutes les couches de la peau. D'autres fois, le liquide se résorbe en partie, et le reste se concrète en une croute brunatre : dans les cas exceptionnels où la guérison survient, ces croutes se détachent au bout d'un certain temps, laissant à découvert un épithélium imparfait qui se renouvelle par des desquamations successives, jusqu'à ce qu'il ait acquis une solidité suffisante.

En dehors de son siège de prédilection, à la plante des pieds et à la paume des mains, l'éruption peut se montrer aussi à la face dorsale des doigts et des orteils,

à la partie inférieure de la jambe, enfin, mais beaucoup plus rarement sur d'autres parties du corps, au tronc, à la face : mais Parrot a fait remarquer que plus on s'éloigne du siège de prédilection des bulles, moins le caractère de l'éruption est tranché, plus les bulles sont rares, petites, moins leur contenu est abondant et jaune ; elles peuvent même se caractériser uniquement par un léger degré de soulèvement de l'épiderme, sans liquide.

De même aussi plus la date d'apparition de l'éruption est éloignée de la naissance, moins le type est net.



Fig. 55. — Syphilide bulleuse (Pemphigus) (1).

Les caractères précédemment décrits permettent de distinguer la syphilide bulleuse de l'affection décrite sous le nom de *pemphigus simple des nouveau-nés*.

Le pemphigus simple, en effet, n'existe jamais au moment de la naissance, il ne paraît que très rarement avant le 15[e] jour, et généralement même à une époque plus tardive. Il ne débute jamais par la plante des pieds ou la paume des mains, et quand on l'y trouve ce n'est que plus tard ; il peut affecter toutes les parties du corps, mais plus spécialement la partie supérieure du

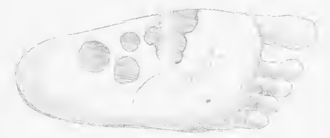


Fig. 56. — Syphilide bulleuse (Pemphigus).

thorax et le cou. Les bulles au lieu d'être d'emblée purulentes, sont remplies d'une sérosité transparente qui devient seulement plus ou moins louche au bout d'un certain nombre de jours ; la peau sur laquelle elles reposent est d'une teinte rose pâle (même à la plante des pieds et aux mains) au lieu d'être d'un rouge vif ou violacé. Enfin elles guérissent généralement en quelques jours, par la formation d'une croûte mince qui laisse après sa chute une petite macule. Dans certains cas, d'ailleurs, on trouve comme confirmation du diagnostic d'autres manifestations de la syphilis héréditaire, ou encore des renseignements précis sur les parents ; mais, comme je l'ai dit plus haut, il faut pouvoir se passer de ces éléments de diagnostic, qui souvent font défaut.

Il est une autre cause d'erreur que je n'ai trouvée signalée nulle part, et dont j'ai eu cette année l'occasion d'observer un exemple à l'hospice des Enfants-Assistés : c'est un fait bizarre qui ne se reproduira peut-être jamais, mais qui me paraît mériter de trouver place ici, à cause de l'embarras dans lequel il m'a laissé pendant quelques jours.

Sur un enfant nouveau-né, on pouvait constater à la face plantaire de chaque pied, vers le milieu de cette région, une bulle de 6 millimètres environ remplie d'un liquide trouble ; le lendemain cette bulle était d'un côté remplacée par une ulcération assez profonde, couverte d'un détritus grisâtre un peu sanieux. La lésion, considérée isolément, ressemblait assez bien à une bulle de pemphigus syphilitique et c'est le diagnostic que porta un de mes internes, habitué aux maladies des enfants. Pourtant, considérant qu'il n'y avait à chaque pied qu'une seule bulle, dans des points absolument symétriques, que la peau environnante était tout à fait saine, que l'enfant présentait, d'ailleurs, un état général satisfaisant, je repoussai l'idée de syphilis et je pensai qu'il s'agissait plutôt d'une brûlure comme celle qui serait produite par une tringle de rideaux rougie au feu, et qui aurait été faite par les parents de l'enfant, avant l'abandon, afin de donner plus tard la possibilité de le reconnaître (1). Dans les jours qui suivirent, la lésion se comporta, en effet, des deux côtés comme une brûlure profonde, et guérit en laissant une cicatrice très nette.

Dans la description qui précède, j'ai considéré le pemphigus congénital comme étant manifestement et positivement syphilitique, parce qu'il me semble qu'aujourd'hui la question est jugée et hors de toute contestation. Il s'en faut pourtant que cette opinion ait été adoptée sans discussion. Il serait oiseux de reproduire ici les arguments qui depuis un siècle ont été mis en avant pour défendre ou pour combattre l'origine syphilitique du pemphigus ; je préfère renvoyer aux auteurs qui ont traité ce sujet, et je me bornerai à dire que les travaux de P. Dubois, Depaul, Ollivier et Ranvier, Parrot, etc., ont péremptoirement démontré que le pemphigus congénital avec les caractères que j'ai indiqués plus haut est réellement une manifestation syphilitique, et non pas seulement l'expression de la cachexie syphilitique. J'ajoute que lorsqu'on l'observe avec ces caractères, c'est un signe précieux pour le diagnostic.

Apparence générale et faciès de l'enfant syphilitique au moment de la naissance. — « Les petits véroles, dit Lamauve, ont l'apparence de petits vieillards ; ils sont flasques, ridés, leur épiderme est macéré comme pourri ; quelquefois il n'en existe point ou presque point. La tête est sans cheveux, ils ont le corps [illegible], les glandes lymphatiques sont gonflées, la peau est de couleur livide ou violacée ; les poils qui couvrent le corps, à l'exception des cheveux, sont plus nombreux et plus longs. » Cette description a été copiée, avec quelques variantes, par un certain nombre des auteurs qui ont traité de la syphilis congénitale, et cependant il s'en faut qu'elle réponde à la réalité dans le plus grand nombre des cas. Sans doute, des enfants chez lesquels la

(1) La figure 55 a été dessinée par un externe de mon service, M. Cocquelet. La figure 56 est due à un de mes internes, M. Legrand. Je leur adresse à tous deux mes remerciements.

(1) L'existence [illegible] l'hospice des Enfants-Assistés, [illegible] sur la partie [illegible] et de façon que [illegible] à reconnaître.

syphilis a déjà produit avant la naissance des lésions viscérales plus ou moins profondes (et c'est souvent le cas pour ceux qui sont atteints de pemphigus) offrent généralement une apparence cachectique plus ou moins marquée ; mais la même apparence peut se présenter chez des enfants qui ne sont nullement syphilitiques, et par contre des enfants en puissance de syphilis peuvent naître avec toutes les apparences de la santé la plus parfaite et même la plus florissante. C'est un point qu'il ne faut pas perdre de vue : car autrement on s'exposerait à considérer comme sains des enfants chez lesquels au bout de quelques semaines la syphilis pourra évoluer.

Cela veut dire aussi que lorsqu'on n'a pas de renseignements absolument positifs sur la santé des parents, il faut de parti pris examiner les enfants à des intervalles assez rapprochés, et rechercher s'il ne se manifeste pas chez eux quelque signe révélateur de la syphilis. Cet examen est de règle à l'hospice des Enfants-Assistés, où les enfants arrivent généralement sans qu'on ait sur eux le moindre renseignement. (*A suivre*).

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — **M. TERRILLON.**

Kyste tubo-ovarien, avec écoulement du liquide kystique par l'utérus et le vagin ;

Observation recueillie par **Edmond VIGNARD**, interne des hôpitaux.

OBSERVATION. — Mme Zoé M..., âgée de 66 ans, entre le 8 septembre 1888, salle Lallemand, n° 9, pour une tumeur douloureuse du ventre qui s'accompagne d'un écoulement utérin abondant. Cette femme a toujours été bien portante jusqu'à l'âge de 63 ans, à 18 ans elle est accouchée péniblement d'un enfant mort et non à terme. La ménopause est survenue à 40 ans.

Début. — Il y a trois années environ, à la suite de chagrins et de fatigues excessives, dit-elle, elle aurait vu sa santé s'affaiblir et ses forces décliner ; les mictions devinrent pénibles, douloureuses, et la malade souffrait « dans la matrice ». Il y a deux mois environ, elle fut prise brusquement une nuit d'abondantes pertes d'un liquide analogue au sang des règles ; les jours suivants, de rouge il devint jaune foncé : puis de plus en plus pâle, colorant à peine le linge, mais l'empesant fortement.

L'abondance de ce liquide était telle que la malade, suivant sa comparaison triviale, mais caractéristique, « coulait comme un robinet de fontaine », qu'elle ne pouvait se lever ni marcher sans qu'on la suive à la trace ; elle était contrainte de passer les journées assise, se garnissant avec un drap plié en 10 ou 15 doubles, qui était complètement trempé au bout de la journée. Ce liquide, d'ailleurs, n'avait aucune mauvaise odeur.

État actuel. — La santé générale est encore bonne, mais la malade dit avoir beaucoup maigri et s'être fort affaiblie. Le ventre est gros, régulièrement arrondi et surtout saillant au-dessous de l'ombilic ; la circonférence de l'abdomen au niveau du nombril est de 95 centimètres. A la pression, le ventre est douloureux et les douleurs s'irradient vers la région inguino-crurale. La région sus-pubienne est également très sensible. La palpation permet de constater facilement une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, occupant les régions hypogastrique et ombilicale, et débordant vers les flancs surtout du côté gauche. A la percussion, la ligne de matité passe à environ 5 centimètres au-dessus de l'ombilic et gagne le flanc gauche où la matité est complète. Le flanc droit, dans sa partie la plus déclive, est sonore. La consistance est ferme, dure à gauche, tendue, comme kystique à droite ; mais cette dernière sensation n'est pas assez nette pour qu'on puisse affirmer la nature liquide de la tumeur. Au toucher vaginal, on trouve l'orifice du col très dilaté, laissant pénétrer la moitié de la phalange. La masse utérine est abaissée, les culs-de-sac ont disparu ; l'antérieur surtout est rempli par une saillie énorme, arrondie, tendue et douloureuse à la pression. Le col participe aux mouvements imprimés à la masse abdominale.

La malade perd par le vagin un liquide jaunâtre, abondant, trempant rapidement sa chemise et les alèzes dont on la garnit. Le liquide n'a pas d'odeur, il laisse des taches jaunes plus ou moins foncées sur le linge qu'il empèse fortement. Les mictions sont difficiles ; elles ont donné lieu il y a quatre jours, à des douleurs intolérables. Il n'existe pas d'œdème des membres inférieurs. En présence de ces symptômes, le diagnostic, porté d'abord par M. Jalaguier, qui remplaçait M. Terrillon, puis par M. Terrillon lui-même, fut *tumeur maligne de l'utérus, probablement Sarcome.*

La malade fut tenue quelque temps en observation ; le 10 octobre, un mois après son entrée à l'hôpital, le ventre avait notablement grossi, ce qui justifiait le diagnostic de tumeur maligne ; la malade souffrait davantage ; elle ne pouvait plus se coucher sur le côté gauche sans éprouver une gêne extrême, des douleurs, des étouffements.

On se décida à l'opérer le 18 octobre.

Opération qui dura 55 minutes ; on ne trouva ni une tumeur solide, ni une tumeur utérine, mais un kyste de l'ovaire gauche, rempli d'un liquide filant, jaune rougeâtre, et très adhérent à l'utérus. Cette adhérence se faisait par un pédicule large comme une pièce de 5 francs, très court et implanté sur le fond et la face antérieure de la matrice.

Examen macroscopique. — La tumeur, examinée aussitôt après l'ablation, nous apparaît essentiellement constituée par un kyste du volume d'une tête d'adulte. La surface externe de ce kyste est parsemée de bosselures grosses comme une noix, une noisette, contenant les unes un tissu de végétations rosé, mollasse, visqueux, qui fait hernie dès qu'on a sectionné l'enveloppe, d'autres, et c'est le plus grand nombre, une bouillie brun noirâtre due à un épanchement de sang plus ou moins ancien. On voit encore sur cette surface externe, du côté gauche et comme rampant sur la paroi du kyste, une saillie allongée et sinueuse, bosselée, étranglée çà et là, s'effilant vers la profondeur, où elle offre tous les caractères de la trompe et fait partie du pédicule ; dans cette partie effilée, son diamètre atteint encore celui du petit doigt, sa consistance est ferme ; sa portion la plus renflée, de consistance mollasse, assez comparable comme forme et comme dimensions à une saucisse, se termine en s'étalant et se fusionnant avec la paroi kystique, sans qu'on puisse trouver traces du pavillon avec ses franges. Nous ouvrons longitudinalement cette portion renflée et molle de la trompe, et nous la trouvons presque totalement remplie par un tissu végétant, rougeâtre et friable. Mais voici ce qui nous a paru le plus intéressant : d'un côté, la cavité de la trompe se rétrécit sans cesser d'être perméable et présente des végétations de moins en moins nombreuses ; de l'autre elle se continue à plein canal, par un orifice qui admet facilement l'index, avec la grande cavité du kyste. Le kyste est maintenant largement ouvert : nous constatons d'abord une épaisseur très variable de la paroi ; celle-ci est par places simplement fibreuse : ailleurs elle est creusée de logettes qui renferment, les unes ce tissu végétant déjà décrit, les autres une bouillie sanguinolente. La surface interne est d'ailleurs partout tomenteuse et présente une coloration alternativement rouge et jaunâtre. Vers l'orifice de communication avec la trompe, on voit des végétations extrêmement ramifiées, mollasses, gris rougeâtres, analogues à celles qui remplissent et la cavité voisine de la trompe et les logettes creusées dans l'épaisseur de la poche principale.

En résumé, il s'agit d'un kyste pauciloculaire végétant de l'ovaire communiquant avec la trompe correspondante, d'un *kyste tubo-ovarien*, en un mot.

Examen au microscope. — Au niveau des végétations, la paroi du kyste nous a montré des saillies et des enfoncements multiples, revêtus ou tapissés d'épithélium, présentant l'aspect de villosités ou de glandes en tubes extrêmement ramifiées. L'épithélium est tantôt disposé sur une seule couche et cylindrique, très allongé, tantôt sur plusieurs couches, la superficielle formée de cellules allongées, les profondes de cellules polygonales.

RÉFLEXIONS. — L'observation qui précède est intéressante à deux points de vue, anatomique et clinique.

1° Au point de vue *anatomique*, parce que les kystes

tubo-ovariens constituent une variété rare. Ils ont été décrits pour la première fois par Richard dans le *Bulletin général de Thérapeutique*, de février 1857, et par Labbé (*Bullet. Soc. Anat.*, Paris, mai 1857). Il est probable, comme Monprofit le fait remarquer dans sa thèse sur les salpingites, qu'un certain nombre de prétendues Hydropisies colossales de la Trompe, rapportées par d'anciens auteurs, ne sont autre chose que des kystes tubo-ovariens. Tel le cas de Harder (Hydrosalpinx de 140 livres), celui de Cyprianus (150 livres), de Pearlee (*The New-York medical Journal*, 1870), où la tumeur contenait 9 kilogr. de liquide. — Il semble qu'on doive diviser nettement les kystes tubo-ovariens en deux variétés : Dans la première, le kyste s'est produit consécutivement à une adhérence du pavillon de la trompe avec l'ovaire enflammé, et voici la pathogénie que Spencer Wells en donne dans son traité des Tumeurs de l'Ovaire et de l'Utérus, 1883, p. 20 et 21 : « Les franges du pavillon se sont appliquées sur cette partie de l'ovaire où était imminente la rupture d'un follicule de de Graaf. Au lieu de se rétracter, elles sont restées adhérentes à l'ovaire; il s'en est suivi une hypersécrétion de liquide et un kyste s'est formé, tandis que le follicule de de Graaf, arrivé à maturité, se rompait et devenait un corps jaune. Ce sont les vestiges de ce corps jaune qu'on retrouve à la face interne de la portion ovarienne du kyste et qui lui donnent une teinte jaune ou jaune rougeâtre. »

Toute différente est la seconde variété de kystes tubo-ovariens. Il existe primitivement un kyste ovarique (et le plus souvent uniloculaire (Griffith, *Soc. Obstetr.*, Londres, 1er juin 1887)). La trompe y devient adhérente, non seulement par une de ses parois, mais par son pavillon; une simple cloison sépare alors la cavité de la trompe de celle du kyste. Cette cloison peut disparaître, soit par distension et atrophie, soit par suppuration, mais plus souvent peut-être sous l'influence des végétations qui usent et perforent les parois. Ce dernier mécanisme, indiqué par de Sinéty pour la perforation des parois des kystes de l'ovaire en général, est vrai pour notre cas particulier : et, ce qui le prouve, c'est la présence de végétations en voie de prolifération active dans l'intérieur des loges secondaires de notre kyste et surtout au niveau de l'orifice de communication avec la trompe.

2° Notre observation nous paraît offrir un grand intérêt *au point de vue clinique*. On a pu voir, en effet, combien le diagnostic était incertain et combien il était plus rationnel de penser à un néoplasme utérin qu'à un kyste de l'ovaire. Cette tumeur ne présentait-elle pas, en effet, deux des caractères fondamentaux des tumeurs de l'utérus, à savoir : que les mouvements imprimés à la masse abdominale se transmettaient au col et qu'il se faisait un écoulement plus ou moins teint de sang par le vagin. Le diagnostic était donc impossible, et il était bien difficile d'attribuer à l'écoulement jaune rougeâtre, dont se plaignait la malade, son origine réelle. — Mais revenons un peu sur les caractères de cet écoulement. Il est survenu brusquement et avec une extrême abondance. Jusqu'à l'entrée de la malade à l'hôpital et même pendant les premiers jours de son séjour dans la salle il est resté très abondant; à chaque instant, raconte-t-elle, ses chemises, ses draps étaient trempés. Devenu complètement jaune après quelques jours de durée, il empesait en s'évaporant le linge qu'il avait imprégné. Cette brusquerie dans le début, cette abondance persistante, cette coloration même jointe à l'absence d'odeur, sont-ce là les caractères des écoulements dus à un néoplasme de l'utérus? Deux remarques encore : pendant les trois semaines qui ont précédé l'opération, l'écoulement devint moins abondant en même temps que le ventre augmentait notablement de volume. Après l'opération, immédiatement il ne s'écoule plus aucun liquide par le vagin. Si on joint à toutes ces considérations ce fait que la cavité kystique communiquait avec une trompe dilatée et perméable du moins dans la portion que nous avions sous les yeux, nous sommes en droit d'affirmer qu'il y avait communication du kyste de l'ovaire par l'intermédiaire de la trompe avec l'utérus et le vagin; que cette communication s'est faite soudainement il y a 3 mois, et qu'enfin elle s'est manifestée par cet écoulement sur les caractères duquel nous avons insisté. Ce fait a d'ailleurs été observé dans quelques observations de kystes tubo-ovariens. Spencer Wells en cite deux exemples remarquables : dans l'un, il s'agit d'un vaste kyste dont on allait faire la ponction; or, quelques heures avant, il s'écoule par le vagin un liquide séreux analogue au liquide amniotique. Cet écoulement dura plusieurs jours; en même temps l'abdomen diminuait et il reprit son volume normal. Dans un second cas, il s'écoula tout à coup une quantité énorme de liquide (sérum fortement albumineux). Six mois après, la malade étant morte accidentellement, on trouva à l'autopsie un kyste vide, affaissé et flottant dans la cavité abdominale; de la cavité kystique on pouvait aisément faire passer une sonde de femme par la trompe, l'utérus et le vagin. On peut comparer ces faits aux cas de Pyo ou d'Hydrosalpinx dans lesquels la malade rend de temps à autre une grande quantité d'un liquide purulent ou séreux.

En résumé, l'observation ci-dessus nous paraît mériter l'attention : 1° parce que les kystes tubo-ovariens avec écoulement du liquide kystique au dehors par l'utérus et le vagin sont des faits tout à fait exceptionnels; 2° parce que cet écoulement, joint à une consistance difficilement appréciable de la tumeur et à des adhérences à l'utérus, en impose forcément à un observateur non prévenu pour un néoplasme utérin; 3° le diagnostic a pourtant ici une grande importance, car beaucoup de chirurgiens en présence d'un néoplasme volumineux du corps de l'utérus s'abstiennent de toute intervention, alors que cette intervention est tout à fait justifiée dans le cas de kyste tubo-ovarien. Ce diagnostic est possible si on étudie avec soin les caractères de l'écoulement; lorsqu'il est dû à la rupture d'un kyste ovarique dans une trompe perméable, il présente une odeur nulle, une couleur souvent jaunâtre, mais surtout il se caractérise par son apparition soudaine et son extrême abondance pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines.

RECRUTEMENT DES MÉDECINS DE MARINE. — Les *Tablettes des deux Charentes*, rendant compte du discours de M. de Freycinet, au Sénat, [illegible] des Écoles du service de santé militaire, ajoutent : Les raisons [illegible] par le ministre de la guerre n'existent-elles pas pour les médecins de la marine? Et les considérants [illegible] que M. de Freycinet a fait valoir pour les médecins militaires ne [illegible] pas [illegible] plaidoyers en faveur des Écoles de [illegible]. Dans lesquelles il faut aussi former des médecins [illegible] pour le service de la flotte, qui ne peuvent recevoir une instruction complète en vue de la carrière à laquelle ils se destinent, que dans les arsenaux maritimes? On ne peut évidemment assurer le recrutement du corps de santé de la marine par des médecins civils pris dans les diverses Facultés et exposés à embarquer dès leur arrivée au port. Les Écoles de [illegible] navale [illegible] avant [illegible] décret de 1886 étaient de véritables *Écoles de* [illegible]; l'enseignement [illegible] qu'on y recevait assurait aux étudiants l'équivalence des inscriptions en leur donnant [illegible] particulière : il faut s'empresser de revenir à ce régime, qui assurait à la marine ce que demande aujourd'hui M. de Freycinet pour la guerre (*Bull. méd.*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'enseignement médico-légal dans les Universités allemandes.

L'organisation des Universités allemandes, à tant d'égards si parfaite et si complète, se trouve par contre dans un état d'infériorité manifeste en ce qui concerne l'enseignement de la Médecine légale. L'Allemagne, à ce point de vue, ne peut supporter la comparaison avec la France ou avec l'Autriche-Hongrie. Cette infériorité existe dans toutes les Universités : elle apparaît dans la situation des professeurs, dans les programmes de l'enseignement, dans les dispositions des examens et surtout dans la mésestime que maitres et élèves témoignent envers les études médico-légales. Il y a là un abandon qu'on s'explique difficilement au premier abord ; mais les causes et les origines en deviennent plus faciles à comprendre si l'on examine les rapports qui, en Allemagne, existent entre la Médecine et l'Administration.

Un professeur de Médecine légale n'a jamais, dans les Universités allemandes, le titre de professeur ordinaire, c'est-à-dire de professeur titulaire. Il est simplement professeur extraordinaire, ce qui correspond à peu près à notre professeur agrégé, chargé de cours. De ce fait, la science qu'il représente est déjà considérée comme de second ordre, comme quelque chose de superflu et d'accessoire. Tenu en dehors de l'assemblée académique, le professeur de Médecine légale ne peut saisir l'occasion de réclamer en faveur de son enseignement ; il ne peut faire entendre ses doléances et il n'a pas qualité pour signaler les réformes qui lui paraissent utiles. Son traitement, ai-je besoin de le dire, est, lui aussi, d'ordre inférieur. Par conséquent, abaissement de la situation universitaire, dépréciation des études, infériorité budgétaire, voilà quels sont les lots d'un professeur de Médecine légale dans une Université allemande. Dans un pays où tout est hiérarchisé à outrance, cette infériorité se traduit dans tous les rapports sociaux : aussi le professeur de Médecine légale est-il partout relégué au second plan.

Je ne parle, bien entendu, que des professeurs spéciaux de Médecine légale. Dans plusieurs petites Universités, en effet, l'enseignement médico-légal est annexé à une autre chaire, à celle d'hygiène, par exemple, ou à celle de psychiatrie ou d'anatomie pathologique. En pareils cas, le professeur chargé de la Médecine légale se trouve être un professeur ordinaire ; mais il tient son titre soit de l'hygiène, soit de l'anatomie pathologique ; du reste il en prend alors habituellement tout à son aise avec la Médecine légale et il oublie volontiers de lui consacrer la moindre leçon.

Et pourquoi, me direz-vous, cette infériorité et cet abandon ? Car, en ce monde, tout a une cause : ce qui est bon à Paris, à Vienne ou à Pesth, devrait être également bon à Berlin ou à Munich. Oui, certainement. Il y a une cause, et une cause très simple : c'est que, pour les futurs médecins allemands, l'étude de la médecine légale n'est pas obligatoire : c'est que le candidat n'est interrogé sur cette matière dans aucun de ses examens. Un Médecin allemand peut quitter l'Université et faire aussitôt de la clientèle sans savoir comment on reconnaît un infanticide, sans avoir la moindre notion des symptômes d'un empoisonnement. Il a, a-t-on pensé, assez à faire pendant la durée de ses études, sans qu'on l'astreigne à s'occuper de ces questions oiseuses. Qu'il apprenne de la physique, de la zoologie et de la botanique, c'est, en vérité, indispensable ; un médecin n'a-t-il pas tous les jours à distinguer une pêche d'un abricot ? Mais la Médecine légale, l'étude des morts violentes, la connaissance des diverses intoxications, c'est un superflu qu'on s'offre au même titre que la danse ou la gymnastique.

Naturellement, on aime mieux la danse : aussi les étudiants en médecine se gardent-ils bien d'assister aux cours de Médecine légale. Ce n'est pas à dire cependant que l'infortuné professeur ne parle que devant des banquettes. Les étudiants en droit, surtout ceux qui se destinent à la magistrature, suivent en effet avec assez d'assiduité les leçons de médecine légale : ils forment même en général les neuf dixièmes du nombre des auditeurs. Mais pour être compris de cet auditoire qui ne connaît pas les moindres principes d'anatomie ou de médecine, le professeur doit nécessairement se montrer très-élémentaire : et, comme il passe en revue toute la médecine légale dans un seul semestre, il ne peut donner qu'un enseignement des plus incomplets.

Mais, me demandez-vous, quel secours les tribunaux allemands peuvent-ils attendre de pareils médecins, dans les expertises, puisque ces médecins, qu'ils soient docteurs ou simplement approuvés (1), ne possèdent pas la moindre notion de Médecine légale ? Ce serait faire injure à l'esprit pratique de l'administration allemande que de supposer qu'elle n'a pas placé le remède à côté du mal. Cette administration a pensé, en effet, que les médecins, diplômés dans les différentes Universités, pouvaient être bons pour le public, mais qu'ils étaient insuffisants pour elle. Elle a alors organisé un corps de médecins spéciaux, de médecins fonctionnaires, lesquels ont à s'occuper de la Médecine d'Etat, c'est-à-dire des questions d'hygiène publique et de Médecine légale. Ces médecins, qui portent des dénominations différentes suivant les pays allemands (*Kreisphysicus* en Prusse, *Bezirksarzt* en Bade, *Amtsphysicus* en Saxe-Weimar, *Kreisarzt* en Hesse, etc...), ont tous passé, devant une commission ministérielle, un examen particulier qu'on appelle le *physicats-examen*.

Voici comment les choses se passent : prenons par exemple pour type ce qui existe en Bavière. L'examen a lieu une fois chaque année à Munich, au mois de juillet généralement. Il est présidé par l'*Obermedicinalrath*, c'est-à-dire par le haut fonctionnaire qui dirige les affaires médicales au ministère de l'intérieur. Les membres du jury sont les professeurs d'hygiène et de psychiatrie de l'Université, le privat-docent qui enseigne actuellement la Médecine légale, et un Medicinalrath délégué par le ministère. L'Université n'a rien à voir dans la constitution de ce jury : les candidats n'ont affaire qu'à la commission ministérielle.

(1) L'approbation donne au médecin allemand le droit d'exercer. Le programme de l'approbation est le même pour tout l'Empire ; le programme du doctorat peut varier au contraire avec chaque Université. Pour exercer la clientèle en Allemagne, il n'est pas nécessaire d'être docteur, mais il faut être approuvé.

Ces candidats sont tous docteurs en médecine l'approbation ne suffit pas pour devenir Bezirksarzt ; de plus, ils doivent avoir fait de la clientèle pendant deux années au moins. L'examen ne peut donc pas se passer au sortir de l'Université. Six mois avant cet examen, le candidat reçoit deux sujets à traiter, l'un sur l'hygiène. l'autre sur la Médecine légale. Il développe chacune de ces thèses dans un mémoire plus ou moins volumineux qu'il adresse au Président du jury. Si les mémoires sont acceptés, le candidat est alors convoqué pour venir passer à Munich les épreuves pratiques et les épreuves orales. Ces épreuves portent sur l'hygiène, la médecine légale, la psychiatrie et la police médicale. En ce qui concerne la Médecine légale, en particulier, le candidat doit faire une autopsie et en dicter les protocoles : en outre, il a à examiner une plaie ou une blessure et à rédiger un rapport sur le cas qui lui est soumis.

Les Médecins qui ont subi le physicats-examen sont aptes à être nommés *Amtlichärzte,* c'est-à-dire médecins fonctionnaires. En Bavière, où l'organisation est la plus parfaite de toute l'Allemagne, ces *Amtlichärzte* sont de deux catégories : les uns sont des *Landgerichtsärzte,* les autres des *Bezirksärzte.* Les premiers sont des médecins légistes et n'ont de rapports qu'avec le Ministère de la justice : les autres sont des médecins d'administration, s'occupant surtout de l'hygiène publique et relevant du Ministère de l'intérieur. Il y a donc, en Bavière, une séparation complète entre ces deux ordres de fonctionnaires : le médecin légiste ne fait que de la Médecine légale. C'est encore la même disposition qui existe en Saxe. Mais dans les autres pays allemands, les deux fonctions sont réunies : ainsi, en Prusse, le Kreisphysicus est tout à la fois médecin légiste et médecin d'aministration.

Quoiqu'il en soit de toutes ces variantes sur lesquelles je ne veux pas insister, il importe seulement de retenir que, dans toute l'Allemagne, les affaires de la Médecine légale sont confiées à des médecins spéciaux lesquels ont subi un examen particulier. Mais, cet examen, comment le préparent-ils, comment étudient-ils les questions d'hygiène et de Médecine légale qui en font la base? Il n'y a, en réalité, que deux pays allemands dans lesquels cette préparation soit organisée : ces deux pays sont la Prusse et la Bavière. Dans les autres pays, le candidat travaille comme il peut, pendant les loisirs que lui laisse sa clientèle, les matières sur lesquelles il sera interrogé : il n'a à attendre le secours d'aucun professeur. En Bavière, au contraire, les docteurs qui veulent subir le physicats-examen viennent habituellement passer six mois à Munich et étudier dans les divers instituts l'hygiène, la psychiatrie, la chimie analytique et l'anatomie pathologique : l'enseignement de la Médecine légale leur est donné par un professeur extraordinaire et par un privat-docent, mais il n'y a pas de laboratoires pour les recherches médico-légales. En Prusse, les candidats ne passent guère qu'un ou deux mois à Berlin pour suivre les travaux pratiques indispensables : le professeur extraordinaire de Médecine légale, M. Liman, fait à leur intention, deux fois par an, un cours d'un mois pendant lequel il les initie aux procédés d'autopsie judiciaire. Toutefois, à Berlin, le professeur de médecine légale n'est pas autorisé à admettre les étudiants aux autopsies ordonnées par le parquet : ces autopsies-là doivent être secrètes et ne peuvent servir à l'instruction des candidats. Aussi, à cause de tous ces tiraillements entre la justice, la police et l'instruction publique, le bel institut de Médecine légale, qui a été créé récemment à Berlin, n'est-il que d'une très minime utilité pour l'enseignement. En Saxe, il n'existe aucune organisation pour la préparation du physicats-examen : ce dernier se passe à Dresde et l'Université se trouve à Leipzig. Le professeur extraordinaire de Médecine légale est mort depuis deux ans : il n'a pas été remplacé et, m'a-t-on dit, il ne sera pas remplacé.

Voilà, esquissé à grands traits, l'état de l'enseignement médico-légal dans les pays allemands. Je n'ai donc rien exagéré en affirmant, au début de cet article, la manifeste infériorité de l'Allemagne à ce point de vue. En résumé, nul pour les étudiants en médecine ordinaires, cet enseignement est insuffisant pour les médecins spéciaux. C'est là une lacune qu'on ne s'attendrait guère à trouver dans les Universités allemandes, d'autant plus qu'elles sont loin de manquer d'hommes de mérite s'intéressant avec succès aux études médicolégales. Cette lacune est, du reste, reconnue par les spécialistes allemands lesquels avouent très sincèrement la supériorité de la France et de l'Autriche à cet égard (1). Mais que faire pour obtenir une modification de la loi impériale à propos des programmes de l'enseignement médical? que faire en face de l'indifférence de collègues qui n'ont aucune envie de partager avec un nouveau venu les dotations de l'Université et qui jugent volontiers inutile l'étude de la Médecine légale? Nous nous plaignons souvent en France de la lenteur avec laquelle s'opèrent les réformes touchant à l'instruction publique : l'Allemagne, de ce côté, n'a rien à nous apprendre ; aussi est-il probable qu'elle attendra longtemps encore avant de donner satisfaction aux vœux des médecins légistes.

Paul Loye.

Collège de France. — Cours de Médecine. M. le Pr Brown-Séquard.

L'enseignement du Collège de France ne saurait en rien être comparé à celui de nos Facultés de médecine ou de nos Facultés des sciences : c'est un enseignement qui ne prépare à aucun grade, à aucune profession et qui ne s'adresse qu'à des chercheurs. Le professeur qui en est chargé se trouve par conséquent dans la plus complète indépendance : il peut conduire ses auditeurs sur n'importe quel terrain et leur fournir les notions les plus neuves et les plus originales. Ainsi le professeur de médecine pourra étudier une branche quelconque des nombreuses sciences médicales : il pourra l'étudier d'après sa propre manière de voir et non pas d'après un programme imposé à l'avance. M. Brown-Séquard, depuis son arrivée au Collège de France, s'est spécialement occupé de la physiologie et de la pathologie du système nerveux : or, cette étude, il l'a dirigée de façon à bouleverser toutes les idées

---

1. Ces [illegible] de l'ensei-gnement médico-légal. Elles ne visent pas l'institution des médecins spéciaux, [illegible] devraient peut-être [illegible] P. Brouardel. *De* [illegible]

reçues et toutes les doctrines admises jusqu'à présent. Il est bien évident qu'il lui eut été impossible de tenir un pareil enseignement si, au lieu d'occuper la chaire d'avant-garde du Collège de France, il avait eu à distribuer la science classique à des étudiants en médecine. Le cours de M. Brown-Séquard a trait cette année à l'inhibition dans les fonctions du système nerveux. Nos lecteurs connaissent, à ce sujet, les théories du savant professeur, théories qui rencontrent encore beaucoup d'incrédules et de sceptiques. D'après M. Brown-Séquard, en effet, une perte de fonction du système nerveux, une paralysie par exemple, ne dépend pas, comme on nous l'enseigne habituellement, de la destruction d'un centre chargé de cette fonction ou de la section de conducteurs destinés à transmettre des ordres venus du centre, cette paralysie est due à une irritation qui a arrêté, qui a inhibé les propriétés de l'organe fonctionnel. L'inhibition est un acte par lequel une propriété ou une activité, et secondairement une fonction ou une action, se trouvent soudainement arrêtées. Or cet acte n'est pas spontané ; il est provoqué par une irritation. Si, par exemple, on pique le bulbe rachidien au point appelé nœud vital, on produit ainsi une irritation qui va arrêter le fonctionnement des nombreux centres respiratoires. Si l'on détruit la zône motrice de l'écorce cérébrale, cette destruction cause une irritation laquelle va, à distance, inhiber les propriétés motrices de la moelle épinière et provoquer ainsi des paralysies, etc. Les exemples d'inhibition, cités par M. Brown-Séquard, sont des plus nombreux et des plus instructifs. C'est donc de l'inhibition qu'il s'agira cette année. Les médecins qui s'intéressent à la physiologie et à la pathologie du système nerveux trouveront profit à suivre cet enseignement: ils seront sans doute fortement troublés dans leur manière de voir ordinaire, mais ils rencontreront l'explication de beaucoup de faits restés jusqu'ici inexpliqués.

Traitement du goître par les injections d'éther iodoformé.

Nous avons inséré dans notre dernier numéro une lettre de M. Félix Terrier, rappelant que le *traitement du goître par les injections interstitielles d'éther iodoformé* était chose connue, depuis au moins deux ans, en France. Il nous informe qu'en réalité il y a bientôt quatre ans que ce mode de traitement a été publié à Paris et plus de 8 ans qu'il a été appliqué pour la première fois en Suisse par M. le Dr Boéchat de Bonfol, ainsi qu'il ressort de l'historique de la question qu'on trouve dans la thèse de M. le Dr Henri Thiroux du Plessis : *Contribution à la thérapeutique du goître* (traitement par l'iodoforme) : Paris, Ollier-Henry, 1884, page 59 et suivantes. M. Boéchat a publié ses deux premières observations dans le *Correspondanz-Blatt für Schw. Aerzte*, n° 12, 1880. C'est alors que M. le Pr Justin Lemaistre (de Limoges), ayant connaissance des tentatives de ce praticien, entreprit des expériences personnelles dont on trouvera l'exposé dans la thèse que nous venons de citer et qui est due à un de ses internes (une dizaine d'observations). M. le Pr Lemaistre administre en même temps l'iodoforme à l'intérieur, comme des médecins le faisaient jadis, avant que l'on ne connût le procédé de Boéchat. Par contre, M. Terrier emploie sans modification la méthode préconisée par le médecin suisse.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 novembre 1888. — Présidence de M. Janssen.

M. J. Roux et H. Reynès décrivent une *nouvelle méthode de désinfection des mains du chirurgien.* — Les auteurs ont étudié la méthode indiquée par Furbringer, de Berlin, et consistant en un lavage à l'alcool à 80° intercalé entre le lavage au savon et le lavage au sublimé. Ils montrent que cette méthode ne réalise pas encore la perfection, car elle n'amène pas l'asepsie complète de l'espace sous-inguéal. Cependant, ils recommandent ce procédé, principalement dans la chirurgie abdominale et gynécologique, étant donné surtout qu'au cours d'une opération l'espace sous-unguéal n'est jamais soumis à un frottement si énergique que le réclament des expériences de laboratoire et a ainsi moins de chance de perdre les germes nuisibles qu'il contient.

M. Darin lit un mémoire sur les *applications de l'électrolyse au traitement des tumeurs.* — Il rapporte 9 succès obtenus par cette méthode dans le traitement du cancer, de l'hygroma, etc.

M. Pasteur présente à l'Académie, au nom de l'empereur du Brésil, les *résultats du traitement antirabique à l'Institut de Rio de Janeiro.* — Sur 69 personnes mordues par des chiens reconnus enragés, une seule a succombé et ce fut au cours du traitement.

M. Duclaux est nommé membre de l'Académie dans la section d'économie rurale, en remplacement de M. Hervé-Mangon.

Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 1er décembre 1888. — Présidence de M. Brown-Sequard.

M. Juhel-Rénoy a reçu d'un médecin de la Colombie des cheveux atteints d'une maladie particulière, *la piedra*, caractérisée par des nodules ne dépassant pas la tige du cheveu pour envahir le bulbe, nodules d'une telle dureté que le frottement du peigne à leur niveau produit de la crépitation. L'examen microscopique lui a démontré que les nodules de la piedra étaient constituées par des amas de spores fort analogues à celles de la Tricophytie ordinaire. L'affection est donc parasitaire et mériterait de s'appeler *Tricophytose nodulaire.*

M. Fr.-Franck a noté que des excitations portées sur la muqueuse nasale produisaient des manifestations émotives tout à fait involontaires d'ordre réflexe. Tantôt la face rougit du côté où porte l'excitation, tantôt du côté opposé. Ces phénomènes sont d'ordre vaso-dilatatoire ainsi qu'on peut s'en assurer, en examinant à l'aide du manomètre, la pression dans la carotide du côté où existe la rougeur de la face. Cette pression est toujours abaissée. Ce sont les branches du trijumeau y compris le rameau ethmoïdal qui servent de voies centripètes de transmission.

M. Brown-Sequard dit que bien des personnes éternuent lorsqu'elles sont placées en face d'une lumière trop vive. La lumière a-t-elle agi sur les nerfs ciliaires ou sur la muqueuse nasale directement ?

M. Fr.-Franck pense que la lumière a agi sur les nerfs ciliaires.

M. Chouppe rappelle les expériences de M. Fr.-Franck qui a démontré le rôle que jouait la syncope respiratoire. l'irritabilité de la muqueuse des premières voies qui servent au passage de l'air. Il a observé que chez les animaux strychnisés, avant toute convulsion, on pouvait provoquer un violent accès de strychnisme, et déterminer la mort par la simple irritation de cette muqueuse. De plus, il a vu l'administration la plus régulière du chloroforme, chez un individu atteint de tétanos, provoquer la mort immédiate dans un accès tetanique.

M. Budin. — Dans les *bassins cyphotiques*, bassins en entonnoir, les diamètres qui sont généralement retrécis sont les diamètres du détroit inférieur et en particulier le

diamètre transverse au diamètre bis-ischiatique. J'ai eu l'occasion d'observer à la Clinique de la Faculté une femme chez laquelle, au toucher, pendant la grossesse, on constatait une saillie très marquée des deux épines sciatiques dans l'excavation. Au moment de l'accouchement j'ai étudié avec soin ce qui se passait. La tête s'est d'abord engagée, avec la suture sagittale placée suivant le diamètre antéro-postérieur du bassin. Arrivée dans l'excavation, l'extrémité céphalique est restée arrêtée sur les deux épines sciatiques qui constituaient un détroit moyen rétréci; elle se trouvait comme bloquée à ce niveau et ne pouvait avancer. En arrière au contraire, la tête n'appuyait ni sur le coccyx, ni sur la partie inférieure du sacrum, car le doigt pouvait être très aisément passé entre ces os et la circonférence du crâne. Au bout de quelques heures, l'enfant souffrant et son existence paraissant compromise, j'ai fait une application de forceps; le rétrécissement qui existait au niveau des épines sciatiques ayant été franchi, le diamètre transverse du détroit inférieur n'a apporté aucun obstacle à la sortie du fœtus. Si quelques auteurs avaient émis l'opinion que le diamètre bi-sciatique pouvait peut-être apporter un obstacle à l'accouchement dans les cas de cyphose, aucune observation clinique n'en avait été publiée jusqu'à ce jour.

M. Budin rappelle que, dans le bassin normal, le diamètre bisciatique de l'excavation est plus petit que le diamètre bis-ischiatique du détroit inférieur; il montre quelles sont les conditions qui font que, dans les bassins en entonnoir, c'est en général le rétrécissement du diamètre bis-ischiatique qui importe, et c'est du reste le rétrécissement qui est presque exclusivement recherché. Il étudie enfin, avec figures à l'appui, les causes qui font que parfois le rôle joué par la saillie des épines sciatiques devient plus considérable. Quand, chez une femme cyphotique enceinte, on examinera le bassin, il sera donc bon de chercher à apprécier l'étendue du diamètre bisciatique.

M. F. Franck montre qu'en produisant une légère insuffisance tricuspidienne, il est facile, par l'excitation du sympathique, de déterminer un spasme facilitant beaucoup l'étude des vaso-moteurs pulmonaires.

M. Chauveau remet une note de M. Laulanié sur la *persistance de l'accumulation des effets du nerf vague sur le cœur anémié de la grenouille.*

M. Bovier-Lapierre envoie une note sur un *nouveau mode de dissociation et de montage des éléments anatomiques.*

Elections. — M. Bonnier est élu membre titulaire de la Société. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 4 décembre 1888. — Présidence de M. Hérard.

Election d'un membre associé national. Votants: 51. Majorité: 26. Au premier tour de scrutin, M. Teissier (de Lyon) est élu par 50 voix contre M. Sirus Pirondi (de Marseille), 1 voix.

M. Laborde, à l'occasion de la récente discussion sur les Strophantus et les Strophantines, déclare que M. Arnaud, seul, a fait une étude chimique complete d'*une Strophantine.*

M. Laugier fait une communication sur l'*auto-destruction chez les aliénés.* — Les aliénistes savent avec quelle cruauté et quel acharnement les monomanes sont capables de se frapper et de se mutiler. A côté des faits signalés par Hecker et Mathieu Lorat, M. Laugier rapporte l'observation suivante: une femme, agée de 63 ans, aliénée, s'est suicidée. Il existait douze coupures involontaires de la paume de la main droite, cent quarante-deux plaies par instrument aigu et tranchant. 136 n'étaient que des incisions des parties molles extérieures; les six autres, siégeant au cou et dans la région péri-ombilicale. Par la plaie béante de l'abdomen, la malheureuse avait sectionné, au fur et à mesure de leur sortie, sept fragments d'intestin grêle d'une longeur de $3^m,9$.

M. Cornil, au nom de M. Faucher, lit une note sur *le lavage de l'estomac chez les enfants du premier âge.* Le lavage se fait chez le nouveau-né à peu près comme chez l'adulte, à l'aide d'un tube et d'un entonnoir de dimensions appropriées. L'enfant est tenu la tête penchée en avant de façon à permettre l'issue facile des matières qui peuvent refluer dans le pharynx: les bras sont fixés sous une serviette nouée autour du cou.

Suite de la discussion sur la nécrose phosphorée.

M. Brouardel, à l'occasion de la récente communication de M. Magitot, vient discuter la pathogénie de la nécrose phosphorée. On aura beau multiplier les précautions hygiéniques augmenter la surveillance des ouvriers, on se heurtera toujours à l'horreur de ces ouvriers pour toutes ces précautions. Ce qu'il convient de faire, c'est de substituer le phosphore rouge au phosphore blanc dans la fabrication des allumettes; celui-ci offre toute sécurité et met à l'abri des intoxications accidentelles ou criminelles. En France, la fabrication des allumettes constitue un monopole; le gouvernement a donc le droit d'imposer aux concessionnaires la substitution d'un mode de fabrication à un autre mode reconnu dangereux. Aussi, M. Brouardel propose-t-il à l'Académie d'adopter la prohibition complète de l'emploi du phosphore blanc dans la fabrication des allumettes.

M. Magitot a toujours regardé cette substitution comme une mesure excellente et regretté qu'elle ne fût pas effectuée depuis plus de 40 ans, malgré des réclamations réitérées Il croit cependant, dans l'état actuel des choses, conjurer en partie les accidents dus au phosphore en améliorant l'installation des usines et l'hygiène des ouvriers. Après quelques observations présentées par MM. Le Fort, Verneuil et Trélat, M. Brouardel soumet à l'approbation de l'Académie la proposition suivante: « L'Académie demande la prohibition absolue du phosphore blanc dans la fabrication des allumettes chimiques. » Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

M. Bouloumie (de Vittel), lit une note relative à l'*improvisation de brancards* et à la transformation des voitures de culture et d'industrie pour le transport des blessés.

M. Albert Robin lit un *rapport* sur les Eaux minérales.

A. Josias.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 5 décembre 1888. — Présidence de M. Polaillon.

M. Rendu (de Lyon) adresse un numéro du *Lyon médical* (1881) dans lequel il a rapporté l'opération faite le 16 juin 1879 par Muller (de Berne) pour un prolapsus utérin, opération qui est une *hystérorrhaphie toute spéciale.*

M. Monod présente le malade auquel il a dû faire une *résection de la tête des métatarsiens* (voir p. 421, séance du 14 nov. 1888).

M. Terrier tient à prouver qu'il n'a commis aucune omission en analysant le mémoire de M. Verneuil sur l'*amputation du col utérin pour cancer de cet organe.* Il a classé les observations de M. Verneuil et a fait deux tableaux, l'un pour les opérations complètes, l'autre pour les opérations incomplètes, qu'il a comparés à deux autres où sont consignés et analysés de la même manière les résultats que lui a fournis l'hystérectomie vaginale.

M. Verneuil regrette que M. Terrier ait divisé ainsi en deux groupes ses observations; le lecteur peut croire qu'il n'a pratiqué que 14 amputations du col, alors qu'en réalité il en a fait 22.

Suite de la discussion sur le traitement des Salpingites.

M. Lucas-Championniere fait une longue communication sur ce sujet, et il traite 2 points bien distincts: 1° *Pathogénie des salpingites*; 2° *De l'intervention opératoire dans les salpingites.* — 1° Il est important d'être fixé sur la *pathogénie* de ce qu'on appelle les salpingo-ovarites au point de vue de l'intervention chirurgicale à faire et de la prophylaxie des maladies des organes génitaux internes chez la femme. Pour lui,

on peut observer des cas où la trompe seule est malade ou bien d'autres dans lesquels la trompe et l'ovaire sont atteints à la fois. Ces malades présentent une tumeur à caractères variables qui fait diagnostiquer une salpingite; mais il y a des femmes qui présentent les mêmes symptômes et qui n'ont pas, le ventre ouvert, d'altérations des ovaires ou des trompes. La théorie admise aujourd'hui pour la pathogénie des salpingites ne peut expliquer ces faits. Pour M. Championnière, la théorie d'après laquelle on admet que la trompe devient malade à la suite de l'envahissement de sa muqueuse par des microbes venus de la cavité utérine est absolument enfantine. C'est revenir aux idées de Guérin qui pensait que les matières malpropres de la cavité utérine tombaient dans les culs-de-sac du péritoine pelvien et causaient les lésions. Ce qui prouve bien qu'une telle explication (ascension des microbes et leur progression de dehors en dedans) n'est pas exacte, c'est que d'une part de prétendues salpingites ne s'accompagnent pas parfois de lésions de la trompe, et que, d'autre part, il y a constamment intégrité de la muqueuse de la trompe voisine de l'angle utérin, de l'ostium uterinum.

Pour lui les lésions de l'ovaire et de la trompe ne peuvent être rattachées qu'à une propagation de l'inflammation par les lymphatiques pelviens. On a démoli bien à tort le phlegmon péri-utérin, car il existe réellement. Après un accouchement, une fausse-couche, au début de la maladie qui survient alors, si on examine avec soin l'état des organes du petit bassin, on y constate une tumeur descendant assez bas dans le vagin, une sorte d'empâtement autour du col, en un point quelconque. C'est là la tumeur du phlegmon péri-utérin. Tout ceux qui ont fait des nécropsies l'admettront. Plus tard les accidents s'amendent; la cellulite pelvienne tombe. La tumeur semble remontée, si on examine, à une période plus tardive, la même malade qui jadis avait eu un phlegmon péri-utérin; mais alors il s'agit d'une autre lésion (paquet d'annexes malades, adhérences, etc.). Ce sont là deux maladies différentes, pouvant coïncider, se succéder, disparaître l'une avant l'autre. Mais la seconde n'est souvent que le résidu de la première. Comment expliquer ces accidents? Au début il y a lésion du col ou de la surface utérine; puis l'inflammation est portée par les lymphatiques sur les parties latérales de l'utérus, sur les annexes, d'où ovario-salpingite secondaire avec poussées de péritonite partielle. Si ces lésions sont plus fréquentes à gauche, c'est que les lésions du col sont plus fréquentes à gauche. La théorie de la colique salpingienne lui paraît aussi inexacte. M. Lucas-Championnière insiste, en finissant de traiter ce premier point, sur : 1° la fréquence des hémorrhagies intra-ovariennes; et 2° sur la possibilité de trouver des cas où la lésion n'est constituée que par des adhérences autour des annexes, l'ovaire et la trompe étant sains. Il a opéré 4 malades présentant ces phénomènes, a débarrassé les annexes sains de ces adhérences, en prenant soin de laisser en place les organes non atteints. Désormais, quand il remontre de semblables cas, il fait systématiquement cette *libération pure et simple des annexes sains*; cette opération lui a donné de forts bons résultats. Est-il utile d'avoir un diagnostic ferme de salpingite pour opérer, d'endormir d'abord les malades pour faire ce diagnostic? Non, une telle anesthésie est un luxe que peuvent s'offrir les Allemands; et, ce qui importe, ce n'est pas de faire le diagnostic salpingite, c'est de savoir s'il y a indication d'ouvrir l'abdomen, c'est d'établir *le diagnostic de la nécessité de la laparotomie*. C'est là la façon de faire de Lawson Tait, et M. Championnière admet tout à fait cette manière de voir. La chloroformisation préalable est donc inutile.

2° *Nature de l'intervention*. Elle variera avec les lésions trouvées après la laparotomie. Elle peut être bi-latérale ou unilatérale. Autant que possible chez des jeunes femmes, on devra la faire unilatérale, à condition que les organes génitaux internes ne soient pas atteints des deux côtés. Il a fait 26 interventions pour salpingo-ovarites, mais dans 22 cas seulement a pratiqué l'ablation des annexes utérins; 4 fois, il n'a pratiqué que leur libération après destruction des adhérences voisines, opération qui, d'ailleurs, a été préconisée depuis longtemps en Amérique. On a dit que si on enlevait tant d'ovaires et de trompes que ça, il n'en resterait plus pour faire des enfants. Il est bien curieux de voir que partout on ose écrire et répéter pareille niaiserie. Comment veut-on qu'il puisse y avoir fécondation chez ces femmes aux trompes oblitérées et kystiques? Les accidents qui peuvent survenir au cours de ces ovario-salpingectomies sont peu importants. Sur les 26 cas de sa pratique, il n'a qu'une mort à regretter (au 7e jour par accidents réflexes à forme urémique). Evidemment, il peut y avoir des cas de mort; mais ils sont attribuables à l'état de la malade, non à l'opération, à moins de fautes antiseptiques. Il n'est pas nécessaire de désinfecter l'utérus avant d'opérer; il a eu des succès superbes et jamais n'a procédé à cette opération au préalable. Jamais il n'a fait le drainage, quoiqu'il ait eu à mener à bien des opérations longues et difficiles (durée de deux heures), et jamais accident imputable à cette pratique n'a été observé chez ses opérées.

En somme, l'ovario-salpingectomie est une conquête chirurgicale moderne très importante, car beaucoup de femmes présentent des lésions qui ne sont curables que par une intervention de ce genre.

M. Pozzi lit un rapport sur une *opération d'Hystérorrhaphie* pratiquée par M. Picqué pour une *rétro-flexion de l'utérus*. — Une femme de 32 ans, souffrant depuis 2 ans, avec poussées aiguës au moment des règles, entre à l'hôpital Pascal le 2 août 1888. Col sain, utérus de 7 cent. 1/2, rien dans les annexes. Rétroflexion, qu'on tente de corriger avec le redresseur Trélat après dilatation avec les bougies d'Hegar. Le redressement fut fort difficile (douleurs, etc.); les plus minutieuses précautions antiseptiques furent prises. Amélioration notable et la malade sort de l'hôpital. Le 11 septembre 1888, elle rentre de nouveau à l'hôpital : douleurs, frissons, etc.; l'utérus est de nouveau rétrofléchi; cul-de-sac vaginal gauche pris, trompe dilatée de ce côté. L'opération d'Alexander, d'abord proposée par M. Picqué, est reconnue par lui comme contrindiquée, depuis l'apparition de cette salpingite. Hystérorrhaphie le 29 septembre 1888. Incision abdominale de 6 à 7 cent. et exploration de l'utérus et des annexes; le fond de l'utérus présente des adhérences filamenteuses ainsi que la moitié supérieure de sa face postérieure; au fond du cul-de-sac recto-utérin, adhérences membraneuses fort résistantes. *Ablation de la trompe et de l'ovaire gauche malades*. Hystérorrhaphie par le procédé de Sœnger suture des ligaments ronds). Lavage de la cavité péritonéale; drainage de la cavité péritonéale par le procédé de Mickulicz. Suites opératoires simples; vomissements; suppuration de quelques fils, à cause de la distension au bas de la plaie abdominale. Le 17 octobre, l'utérus est encore en antéversion. M. Picqué pense avec raison que la salpingite purulente trouvée à gauche est la conséquence des manœuvres réitérées de réduction, malgré l'antisepsie vaginale et utérine soigneusement pratiquée.

M. Pozzi fait alors l'*historique de l'Hystéropexie en général*, puis résume en quelques mots cette question de médecine opératoire fort complexe. Il cite les opérations de Kœberlé, Schræder, Lawson Tait, Hennig, Olshausen, Czerny, Léopold, Klotz, Schauta, Howard Kelly, Zweifel, Staude, Philipps, etc., faites de propos délibéré, puis celles de Brenecke, Werth, etc., etc., qui ne sont que des hystérorrhaphies complémentaires. Trois procédés principaux sont à mentionner en ce qui concerne la technique de l'opération : 1° celui de Kœberlé-Klotz; 2° celui d'Olshausen-Sänger; 3° celui de Léopold-Terrier, ou *Hystéropexie vraie*. M. Léopold ne fixe que le fond de l'utérus. M. Terrier fixe à la fois le fond et la face antérieure de l'utérus à la face postérieure de la paroi abdominale. Cette opération n'est pas grave, puisqu'on n'a pas enregisté encore un seul cas de mort; mais, dans certains cas d'adhérences très fortes, elle peut être sérieuse. Reste à étudier l'influence de la grossesse sur des utérus ainsi fixés. M. Pozzi ne veut pas aujourd'hui aborder les détails de l'opération, mais indique les cas où l'hystérorpexie doit être faite. Il n'admet que la rétroversion ou la rétroflexion incoercible et certaines formes de prolapsus utérins, comme maladies réclamant une telle intervention. On a été trop loin quand on a voulu l'appliquer à des rétrodéviations mobiles. Elle vaut beaucoup mieux que les opérations proposées par Caneva, Schücking (de Pyrmont), von Rabenau et que les opérations dans lesquelles on a extirpé l'utérus. Elle a l'avantage d'être une opération conservatrice. M. Pozzi félicite M. Picqué d'avoir

fait le premier, en France, cette opération pour la rétroflexion utérine.

M. Terrier a fait, dès avril 1888, à l'hôpital Bichat, la première hyst[illegible] pour une rétroflexion de l'utérus (1).

Marcel Baudouin.

61e CONGRÈS DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS (2).

Session de Cologne (1888) (Suite) (3).

Section de laryngologie.

M. Lenzmann (de Duisbourg). — *Nouvelle batterie galvano-caustique à [illegible].* L'inventeur signale la régularisation facile de la force du courant par l'immersion plus ou moins profonde des couples dans le liquide, le remplacement mécanique presque [illegible] des quatre éléments dans leur bloc. Lampe incandescente correspondante.

M. Hopmann (de Cologne). — *Nouvelle lampe incandescente destinée à l'éclairage du larynx.* Elle est attachée à un bandeau frontal entre les deux yeux de l'observateur, et se trouve enfermée dans une lorgnette semblable à une lorgnette de théâtre; de cette façon, l'axe lumineux occupe le même plan que l'axe du regard.

M. Scheff (de Vienne). — *Petite curette tranchante à rotation,* propre à arracher des tumeurs laryngées.

M. P. Koch (de Luxembourg). — *Un cas de toux nerveuse chez un jeune garçon de 15 ans.* Caractérisée par un perpétuel mugissement à l'expiration elle résistait aux efforts du jeune homme pour l'arrêter. On ne put en obtenir la guérison qu'en faisant changer d'air au malade pendant six semaines. Continuité des phénomènes; absence de paroxysmes; causes imperceptibles. Evidemment cette toux nerveuse était d'origine centrale.

M. Koch. — *Préparation de polype fibreux de l'amygdale.* Tumeur de 3 cent. de long un peu moins épaisse que le petit doigt. Exemples semblables de Jacobi (de Magdebourg): polype filiforme; et Heymann (de Berlin): polype un peu plus gros que celui de M. Koch.

M. V. Lange (de Copenhague). — *Nouveau masque à inhalation,* composé d'un cylindre de verre surmonté de son masque.

M. V. Lange. — *De l'opération des polypes situés dans l'arrière-cavité des fosses nasales.* Introduisant son crochet mousse par le nez, il le rejoint par le pharynx avec le doigt plongé dans la cavité buccale, l'accroche au pédicule de la tumeur qu'il déchire en tirant. Division du nez et grattage de la cavité naso-pharyngienne à la curette tranchante (MM. Heymann, Flothmann). — Section à l'anse métallique avec ou sans crochet. (MM. Reichert, Thornwaldt). — Cautérisations électrolytiques. (M. Michel). — Arrachement élastique. (MM. Hopmann, Krakauer). — Arrachement au moyen du doigt, la tumeur étant refoulée à l'aide d'un tampon introduit dans le nez. (MM. Meyer et Hüni). — Telles sont les préférences mises en relief par la discussion.

M. Thornwaldt (de Dantzig). — *Nouveau trépan de petit calibre propre à l'exploration chirurgicale de l'antre d'Highmore.*

M. Heymann (de Berlin). — *Deux observations de tumeurs, présentation de pièces : 1° M[illegible] de la cloison des fosses nasales.* Gros comme une noix, il a été enlevé il y a quinze mois à l'anse galvanique et est demeuré guéri; 2° *Carcinome à la limite du pharynx et de l'œsophage étant venu saillir au-dessus du larynx.* En examinant avec soin les mouvements des segments antérieurs encore perceptibles des cordes vocales, on put diagnostiquer l'intégrité du larynx. On pratiqua chez la jeune femme en question (27 ans) une pharyngotomie sous-hyoïdienne; elle mourut un mois et quelques jours plus tard d'inanition.

(1) Cette opération est mentionnée dans l'article de M. Verchère (*Bulletin médical*, 28 nov. 1888) et dans le *Progrès médical*, n° 47, 1888, p. 4[illegible]. — M. [illegible] *H[illegible]*.

(2) Au lieu de *session de Bonn*, imprimé par erreur dans certains numéros précédents, il faut lire SESSION DE COLOGNE, comme [illegible] [illegible].

(3) Voir *Progrès médical*, n° 39, 41, 42, 43, 44, 46 et 48.

M. Jacobi (de Magdebourg). — *Pince propre à opérer des végétations adénoïdes.* Elles sont composées de deux bistouris annulaires qui rentrent l'un dans l'autre. Une garde préserve les parties molles.

M. Hopmann enlève ces tumeurs à l'aide d'une pince fine et au bistouri de Gottstein; il opère sous le chloroforme, parce que l'espace nasopharyngien doit être complètement débarrassé de toutes proliférations. Avis conforme de MM. Thost, Schmidthuisen, Heymann. M. Bloch se sert du bistouri de Lange; Krakauer, de la curette de Trautmann; Michel, de l'anse galvanocaustique; seul, M. Flothmann se rattache à la chloroformisation.

M. Guye (d'Amsterdam), en séance commune avec la section d'otologie, complète ses communications antérieures sur l'*aprosexie nasale*. Il s'arrête en étiologie soit à un arrêt d'excrétion nasale, soit à un trouble vasomoteur. Il en distingue trois genres : l'aprosexie physiologique, l'aprosexie neurasthénique, l'aprosexie purement nasale (par rétention).

M. Heymann. — La neurasthénie, qui nécessairement préexiste, est la coupable. Des phénomènes analogues se rencontrent, du reste, dans le coryza aigu.

M. Aronsohn rappelle les recherches physiologiques relatives à l'influence du nerf olfactif sur la respiration.

M. Strübing (de Greifswald) analyse les faits chez les aliénés.

M. Walb (de Bonn). — Il existe un grand groupe de faits désignés à tort sous le nom d'aprosexie, notamment chez les enfants; on leur enlève leurs végétations adénoïdes, et les voilà qui reprennent leur épanouissement ordinaire. L'aprosexie vraie, c'est celle qui se montre chez l'adulte indemne de tare psychopathique, une affection nasale déterminant alors de l'affaiblissement de la mémoire et s'opposant à la concentration de la pensée.

M. Michel insiste pour faire prévaloir la prédisposition indispensable.

P. Keraval.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

XIV. Formulaire de l'herboristerie; par le Dr S.-E. Maurin. — Paris, 1888, F. Alcan, édit.

XV. Quand et comment doit-on prescrire la digitale : par M. H. Huchard, médecin de l'hôpital Bichat. — Paris, 1888, O. Berthier.

XVI. De l'atmosphère créosotée et de la créosote dans le traitement de la phthisie pulmonaire ; par le Dr L.-F. Gabriel Lesguillon. Paris, 1888. — Henri Jouve, impr.

XVII. La goutte et ses manifestations arthritiques aux eaux de Royat ; par le Dr C.-A. Petit. — Paris, 1888. — O. Doin.

XVIII. Du traitement de quelques hémorrhagies par l'eau distillée de goudron ; par le Dr Corneille-Saint-Marc. — Paris, 1888. — A. Davy, imp.

XIV. Ce formulaire comprend: 1° L'étude générale du végétal au point de vue thérapeutique: la récolte, la conservation, la mise en valeur des principes médicaux, les adjuvants et les incompatibles. 2° Un répertoire alphabétique des végétaux et de leurs produits; le nom, la synonymie, l'habitat, la récolte, la composition, les effets thérapeutiques, les formules et l'emploi clinique. 3 Un mémorandum clinique: les indications dans les maladies, les formes pharmaceutiques rationnelles et usuelles, par ordre alphabétique. Ainsi qu'on le voit par le plan essentiellement pratique de l'ouvrage, l'auteur a tenu à rénover la thérapeutique par les plantes, ignorée de tant de médecins. Avec ce formulaire, chacun maintenant, abandonnant les vieilles traditions de la routine, saura discuter la valeur des principes immédiats que les végétaux contiennent, pourra apprécier la valeur médicale de chacun de ces principes immédiats, et saura comment ils se comportent dans les véhicules dans lesquels on les met ou avec les éléments dont ils subissent l'influence.

XV. La principale indication de la digitale consiste dans le relèvement de la force contractile du cœur amoindrie et de la tension artérielle abaissée. Mais, comprise dans ce sens exclusif, cette question thérapeutique serait mal in-

terprétée. Car, on ne saurait trop le répéter : *Derrière le médicament, il faut toujours voir la médication.* Si, dans les asystolies, la digitale en macération à forte dose est indiquée pour combattre l'état de faiblesse du cœur, et les hydropisies par son action diurétique indirecte, elle peut encore, suivant les cas, suivant les doses, suivant son mode d'administration, agir tantôt comme tonique du cœur, tantôt comme sédatif, d'autres fois à titre d'antiphlogistique ou d'antipyrétique. Cela signifie que dans un médicament il y a souvent plusieurs médicaments. Ici, dans l'asthénie cardio-vasculaire, la digitale, sous forme d'infusion ou de macération remplit son rôle de tonique circulatoire; là, contre certains phénomènes d'excitabilité cardiaque, sous forme de teinture, associée ou non à l'aconit, elle peut encore diminuer l'éréthisme circulatoire et fébrile des phlegmasies ou des pyrexies. Les nombreux succédanés de cet agent, — la caféine, le Convallaria, la spartéine, le Strophantus, voire même l'adonidine, — peuvent rendre tous les jours de grands services. Mais la digitale reste et restera le *grand remède* du cœur. Sydenham disait que « sans l'opium, la médecine serait impossible » ; on peut ajouter que la thérapie cardiaque serait impossible sans la digitale. Telles sont les vérités que M. Huchard développe dans son travail, où il passe successivement en revue : les actions physiologique, thérapeutique, toxique du médicament ; la digitale dans les diverses maladies, suivant leur nature et leur période ; les différentes préparations ; les conditions de bonne récolte et de bonne préparation, les médicaments antagonistes, les précautions à prendre avant l'administration de la digitale, les principes d'administration et la posologie, l'emploi des digitalines, la digitale chez les enfants et les vieillards, les différences d'action d'après les doses et le mode d'administration, etc...

XVI. Voici les conclusions de cet intéressant travail : 1° La créosote, en solution à 1 ou 2 p. 100, pulvérisée d'une façon continue, jour et nuit, dans les salles où vivent les phthisiques, constitue une atmosphère parfaitement supportée par les malades. Elle détermine cependant par instants, un peu d'irritation des voies respiratoires, picotements à la gorge, toux plus fréquente, bronchites légères; cette irritation n'a point d'effets nuisibles. Toutefois, si la solution pulverisée contient plus de 2 p. 100 de créosote, l'atmosphère devient intolérable. 2° Ainsi employée, la créosote diminue et modifie l'expectoration. L'état local devient meilleur. La toux devient moins fréquente, parfois disparaît. Les bacilles diminuent dans les crachats. L'état général s'améliore. 3° Ce n'est en général qu'en continuant longtemps ce traitement que l'on peut voir se modifier heureusement la lésion. Le milieu créosoté exerce une heureuse influence même dans les cas de lésions avancées (troisième degré). 4° Les formes lentes, apyrétiques sont les seules modifiées. L'administration de la créosote à l'intérieur et en injections sous-cutanées, combinée avec l'atmosphère créosotée, constitue une médication plus active. Les effets sont les mêmes qu'avec l'atmosphère seule, mais ils sont plus rapides. Toutefois, le traitement combiné reste encore impuissant dans les formes rapides (fébriles), où, quoiqu'on fasse, la maladie continue son évolution.

XVII. On sait que les alcalins, surtout la lithine, la potasse et le silicate de soude, administrés longtemps à petites doses et très dilués (car l'action de l'eau est aussi très efficace), ont une action remarquable sur la diathèse arthritique. Ils éloignent les attaques de goutte, et dissolvent quelquefois les tophus, ils donnent aux jointures plus de mobilité. Or, toutes ces substances se rencontrent en proportions diverses dans les eaux minérales de Royat ; mais la lithine se trouve dans la source Saint-Mart à l'état de chlorure de lithine, unie à une grande quantité d'acide carbonique et à d'autres principes d'une réelle importance, le fer et l'arsenic. L'analyse spectrale dénote 35 milligr. de chlorure de lithine dans la source Saint-Mart, et confirme ainsi scientifiquement les observations empiriques des malades, qui, depuis longtemps, dénommaient cette source la *Fontaine des Goutteux*. Mais la première condition de succès de l'emploi de ces eaux à la station, est que l'affection soit bien réellement arrivée à l'état chronique, c'est-à-dire qu'il n'y ait presque plus ou presque plus de douleur et surtout de fièvre, que tous les symptômes qui indiquent une période un peu aiguë aient été suffisamment combattus, qu'ils aient même déjà cessé d'exister depuis un certain temps, et qu'il n'y ait pas non plus ailleurs, au moins dans un organe essentiel à la vie, de complication inflammatoire.

XVIII. L'eau distillée de goudron préparée à l'aide du goudron de bois et de la sciure de bois de sapin des Landes constitue un médicament possédant des propriétés toniques astringentes incontestables. Administrée à l'intérieur, elle arrête sûrement et rapidement les hémorrhagies d'origine congestive du poumon, de l'utérus et du rein. Elle offre le moyen le plus sûr et le plus prompt d'arrêter les hémoptysies des deux premières périodes de la tuberculose pulmonaire. La dose à laquelle il convient de l'administrer est de 40 à 60 grammes par vingt-quatre heures. Jamais le moindre accident n'a été constaté à la suite de l'emploi de ce médicament. Telles sont les conclusions générales de ce travail, qui ne contient que quatre observations cliniques, nombre qui nous semble insuffisant pour que l'on puisse affirmer jusqu'à présent la supériorité absolue de ce médicament. F. Bottey.

VARIA

Congrès d'Hygiène de Francfort : Mortalité par la fièvre typhoïde depuis 1851.

Par suite d'une erreur de mise en pages, nous n'avons pas publié, dans notre dernier numéro, le tableau statistique auquel faisait allusion dans son article notre collaborateur Martha nº 48, p. 449, article : *Congrès de la Société allemande d'hygiène*, etc.). Nous réparons aujourd'hui cette omission.

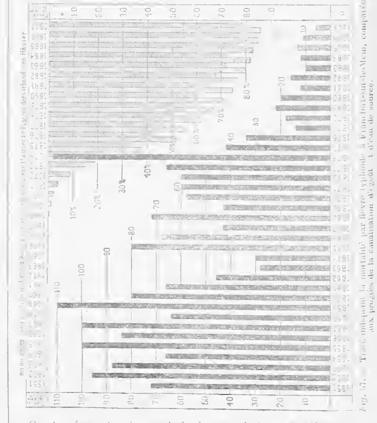


Fig. 37. — Tracé indiquant la mortalité par fièvre typhoïde à Francfort-sur-le-Mein, comparée aux progrès de la canalisation d'égout et d'eau de source.

Ce tracé montre le recul de la mortalité par la fièvre typhoïde avec les progrès de la canalisation souterraine ainsi que ceux de la conduite des eaux de source.

Collége de France.

Programme des cours du premier semestre 1888-1889.

MM. les Lecteurs et Professeurs ont ouvert leurs cours le lundi 3 décembre 1888.

Physique générale et expérimentale : M. MASCART, membre de l'Institut, Académie des sciences, traite de l'*Électricité et du magnétisme*, les mardis et samedis, à dix heures et demie. — *Chimie minérale* : M. P. SCHUTZENBERGER traite des *Lois générales de la chimie*, les mercredis, à une heure et demie, et de *diverses questions d'analyse chimique*, les samedis, à la même heure. — *Chimie organique* : M. BERTHELOT, membre de l'Institut, Académie des sciences, traite des *Gaz et de leur analyse*, les mardis et vendredis, à dix heures et demie. — *Médecine* : M. BROWN-SÉQUARD, membre de l'Institut, Académie des sciences, traite du *Rôle de l'inhibition dans les fonctions et les maladies des centres nerveux*, les mardis et samedis, à deux heures et demie. — *Histoire naturelle des corps inorganiques* : M. FOUQUÉ, membre de l'Institut, Académie des sciences, traite de l'*État actuel des études pétrographiques*, les lundis et jeudis, à neuf heures. — *Histoire naturelle des corps organisés* : M. MAREY, membre de l'Institut, Académie des sciences, professeur ; M. FRANÇOIS-FRANCK, remplaçant, continue son étude sur la *Sensibilité à l'état normal et pathologique*, les mercredis et vendredis, à trois heures et demie. — *Embryogénie comparée* : M. BALBIANI, professeur ; M. F. HENNEGUY, remplaçant, traite des *Divers modes de reproduction non sexuelle chez les animaux et les végétaux*, les mercredis et samedis, à une heure et demie. — *Anatomie générale* : M. RANVIER, membre de l'Institut, Académie des sciences, traite des *Éléments et tissus du système conjonctif*, les mercredis et vendredis, à cinq heures. — *Psychologie expérimentale et comparée* : M. TH. RIBOT étudie, les lundis, à trois heures, les *sensations et les perceptions* ; les jeudis, à trois heures un quart, les *États affectifs* (sentiments, émotions).

L'Enseignement de la Chirurgie et de l'Anatomie dans les Universités de langue allemande (Suite) (1) ;

par M. le Dr LEJARS, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.

Les Cliniques ont lieu tous les matins, dans la plupart des Instituts de chirurgie. Généralement, la séance journalière se divise en deux parties : la première heure est consacrée à l'enseignement proprement dit : le professeur « donne des nouvelles » de ses opérés de la veille, puis il présente une série de malades de la policlinique et des salles qu'il fait examiner devant lui à quelques élèves désignés : il reprend lui-même chacun de ces examens, dont il fait l'objet d'une courte leçon. La séance opératoire se prolonge souvent très tard ; après le départ du professeur, les assistants continuent à opérer, et ainsi jusqu'à une heure avancée de l'après-midi.

Mais, pour avoir des données comparatives précises, il faut entrer dans le détail. Avec le système allemand, l'enseignement chirurgical se trouve centralisé dans les Instituts de Chirurgie, dans les services ou les hôpitaux d'enseignement; à l'inverse de ce qui se passe en France, tous les autres hopitaux restent fermés aux étudiants. A part les aides (un très petit nombre, nous l'avons vu), qui sont choisis quelquefois parmi les étudiants, à part un petit nombre de co-assistants admis pour trois mois à suivre le service, aucun d'eux n'est incorporé au personnel de la clinique. Mais, si la sphère clinique accessible à l'étudiant est beaucoup plus bornée, la direction dont il bénéficie est souvent plus immédiate et plus active. A ce double point de vue, nous rapporterons, à quelques types, les différents modes de l'enseignement clinique tel que nous l'avons observé.

C'est à Vienne que les conditions sont les plus défectueuses. Il n'existe que deux cliniques officielles, celles des professeurs Billroth et Albert ; à chacune d'elles, 250 à 300 élèves sont inscrits et remplissent chaque matin l'amphithéâtre. Sur ce nombre, deux élèves sont désignés tous les jours, ils entrent dans l'hémicycle à la suite du professeur, et, pendant le défilé des malades qui sont présentés successivement, ils doivent répondre aux interrogations. On fait ainsi passer huit à dix malades sous les yeux de l'auditoire. Au bout d'une heure les opérations commencent, et, il faut le dire, l'amphithéâtre ne tarde pas à se vider. Cela n'a rien d'étonnant. A part les trois premières rangées, les élèves ne voient à peu près rien ; j'ai aperçu, à plusieurs reprises, des lorgnettes de théâtre braquées sur l'hémicycle opératoire ; d'autre part, à deux élèves par jour, le tour d'examen clinique ne revient que très rarement. C'est là le résultat inévitable du système en vigueur, et, en dépit de l'activité et du talent du professeur, l'insuffisance de cet enseignement clinique est notoire. Aussi, à côté des cliniques officielles, s'est-il créé d'autres services très suivis, je veux parler de la policlinique que notre excellent ami, le Dr Paul Raymond, a décrite récemment dans ce journal. La policlinique, fondée il y a seize ans, est à peu près exclusivement consacrée aux consultations externes (il y a pourtant quelques lits pour les cas urgents). Elle est répartie en 18 services, à la tête desquels se trouvent 18 professeurs extraordinaires ou docenten. Les chefs se choisissent un assistant et admettent à leur clinique un certain nombre d'étudiants ou de médecins. Nous avons visité, à la policlinique, les services du Dr Grünfeld (maladies des voies urinaires, endoscopie de l'urèthre et de la vessie), du Dr Maydl (chirurgie), et du professeur Schnitzler (maladies du larynx et du nez) ; ils se ressemblent tous pour l'organisation matérielle et le fonctionnement ; nous dirons seulement quelques mots de la clinique du professeur Schnitzler. Elle se compose : d'une grande salle d'attente, à l'entrée ; à gauche, d'un cabinet pour les assistants ; à droite, la salle d'examens laryngologiques et rhinoscopiques et le cabinet du professeur. Dans la salle de policlinique, une longue table au centre et une série de tables plus petites tout autour : 15 élèves sont chargés de l'examen et du traitement des malades, chacun d'eux a son laryngoscope, sa lampe, son petit arsenal de topiques, etc. Quelques-uns s'occupent de la rhinoscopie. Le professeur et ses assistants sont toujours là pour rectifier les diagnostics ou fournir des explications : nous ne saurions trop remercier l'un d'eux, le Dr Bercyczazky, de sa courtoisie. La policlinique est très fréquentée; il en est de même des cours de diagnostic faits par les assistants l'après-midi, toujours à l'amphithéâtre, sur des malades de la clinique (cours payés).

Hâtons-nous d'ajouter que, dans les Universités moins nombreuses, la situation se modifie profondément. Prenons, par exemple, pour second type d'enseignement clinique, la clinique du professeur Güssenbauer, à Prague. (*A suivre*).

(1) Voir *Progrès médical*, nos 43 et 48.

Concours des bourses de doctorat en médecine.

Le Ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, Vu le règlement du 15 novembre 1879 ; Vu l'arrêt du 2 juillet 1884, arrête : Art. 1er. L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, au siége des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le mercredi 26 décembre 1888. — Art. 2. Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le lundi 17 décembre, à 4 heures. — Art. 3. Conformement aux prescriptions du règlement du 15 novembre 1879 susvisé, sont admis à concourir : 1° Les candidats qui ont subi quatre inscriptions avec la note « bien », le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878 ; les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicale ; 2° Les candidats pourvus de 8 inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire et qui justifieront de leur assiduité aux exercices pratiques. Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie ; 3° Les candidats pourvue de 12 inscriptions qui ont subi avec la note « bien » la première partie du 2e examen probatoire. Les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie ; 4° Les candidats pourvus de 16 inscriptions qui ont subi avec la note « bien » la seconde partie du deuxième examen probatoire. L'épreuve écrite portera sur la *pathologie interne et externe* ; — Art. 4. Les candidats pourvus des grades de bachelier ès-lettres et de bachelier ès-sciences restreint qui ont subi chacun de ces examens avec la note « bien » pourront obtenir, sans concours, une bourse de première année.

Concours pour les bourses de pharmacie.

Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, Vu le règlement du 20 novembre 1879 ; vu l'arrêté du 2 juillet 1884, Arrête : Art. 1er. L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de pharmacie aura lieu, au siége des écoles supérieures de pharmacie et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le mercredi 26 décembre 1888. — Art. 2. Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le lundi 17 décembre, à quatre heures. — Art. 3. Sont admis à concourir : 1° les candidats pour-

vus de quatre, huit ou douze inscriptions, qui auront subi, avec la note « bien », les examens de fin de première et de deuxième année, et l'examen semestriel. 2° les pharmaciens de 1re classe aspirant au diplôme supérieur. — Art. 4. Les candidats pourvus du grade de bachelier es lettres et de bachelier ès-sciences complet, qui ont été admis à ce grade avec la note « bien », peuvent obtenir sans concours une bourse de première année.

Actes de la Faculte de Médecine.

LUNDI 10. — 2e *de Doctorat* oral (1re partie) : MM. Straus, Kirmisson, Reynier ; — (2e partie) : MM Ch. Richet, Hanriot, Landouzy. — 2e *d'Officier de santé* (définitif) : MM. Potain, A. Robin, Jalaguier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Guyon, Bouilly, Ribemont-Dessaignes ; — (2e partie) : MM. Damaschino, Renaud, Chauffard.

MARDI 11. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Panas, Campenon, Quinquaud ; — (2e partie) : MM. Grancher, Mathias-Duval, Quenu. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. G. Sée, Dieulafoy, Troisier. — 4e *de Doctorat* : MM. Bouchard, Raymond, Ballet. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Le Fort, Schwartz, Maygrier. — 5e *d'Official* (1re partie) (Charité) (2e *Série*) : MM. Duplay, Berger, Peyrot. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Charité) : MM. Laboulbène, Cornil, Hanot.

MERCREDI 12. — (Epreuve pratique) Médec. opérat. : MM. Trélat, Farabeuf, Jalaguier. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Richet, Segond, Reynier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Guyon, Bouilly, Ribemont-Dessaignes ; — (2e partie) : MM. Potain, Hayem, Chauffard.

JEUDI 13. — 4e *de Doctorat* : MM. G. Sée, Raymond, Troisier.

VENDREDI 14. — 2e *de Doctorat* oral (1re partie) : MM. Ch. Richet, Straus, Reynier. — 4e *de Doctorat* : Damaschino, A. Robin, Brissaud.

SAMEDI 15. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Lancereaux, Ballet. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie (1re *Série*) : MM. Duplay, Tarnier, Campenon ; — (2e *Série*) : MM. Panas, Peyrot, Brun ; — 3e *Série*) : MM. Le Fort, Berger, Maygrier.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mercredi 12. — M. Huguet. De la valeur thérapeutique des injections du sublimé dans le traitement de la blennorrhagie et des bases du traitement rationnel de cette affection. — Mlle Schultze. La femme médecin au XIXe siècle. — M. Serieux. Recherches cliniques sur les anomalies de l'instinct sexuel. — M. Ter-zakhariantz. Etude physiologique et thérapeutique de l'Eschscholtzia californica. — M. Briend. Du traitement de la syphilis par les injections d'huile grise (Oleum cinereum). — *Jeudi* 13. — M. Sourdeau. Des métrorrhagies dans les premiers mois de la grossesse. — M. Plichon. Tuberculose des lèvres. — M. Rooryck. Du béri-béri à forme paralytique. — M. Fouriaux. Contribution à l'étude de la bronchite du sommet dans la dothiénentérie. — M. Millard. Des œdèmes dans la maladie de Basedow. — M. Bielawski. De l'hydrothérapie dans ses rapports avec le traitement des dermatoses. — M. Texier. De la trépanation par évulsion. — M. Villoq. Fractures intra-utérines. — M. Leudet. Essai sur le rétrécissement tricuspide. — M. Bertin. Des adénopathies cervicales et de la douleur du phrénique et du pneumogastrique comme signe du cancer de l'estomac. — M. Becigneul. De la dissection du cerveau.

Enseignement libre dans les hôpitaux.

Clinique médicale (Hopital de la Pitie). — M. le Dr LANCEREAUX a repris ses leçons cliniques le vendredi 23 novembre à 9 heures du matin et les continue le mercredi et vendredi de chaque semaine. Le mercredi, leçon clinique au lit du malade. Le vendredi, leçon à l'Amphithéâtre n° 3.

Cours de Posologie (Hôpital de la Pitié). — L'Administration générale de l'Assistance publique ayant décidé qu'un cours de pharmacie et de Posologie serait fait à MM. les élèves des hôpitaux, M. le pharmacien de l'hôpital de la Pitié, a commencé son cours le jeudi 22 novembre courant à 10 h. 1/2 à l'Amphithéâtre et le continue les jeudis suivants à la même heure.

Enseignement médical libre.

Cours particulier de technique microscopique. — M. le Dr LATTEUX, chef du laboratoire d'histologie de la Charité, commencera un nouveau cours de technique microscopique et de diagnostic d'anatomie pathologique, le lundi 10 décembre à 4 heures, dans son laboratoire particulier, 5, rue du Pont-de-Lodi. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques exigées journellement par l'exercice de la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit chez le Dr Latteux, 17, rue du Louvre, de midi et demi à 1 heure et demie.

Cours élémentaire de clinique oculaire. — M. le Dr LANDOLT fait un cours destiné à initier MM. les Etudiants à l'étude des maladies des yeux et spécialement à leur diagnostic. Le cours a commencé le mercredi 28 novembre, à une heure, rue St-André-des-Arts, 27, et est continué tous les mercredis à la même heure.

Clinique nationale ophthalmologique des Quinze-Vingts. — Les médecins de cet établissement ont commencé le mardi 13 novembre une série de conférences qui ont lieu dans l'ordre suivant : Le mardi, à 2 heures, Dr ABADIE : *Clinique et opérations.* — Le jeudi, à 3 heures, Dr VALUDE : *Optique physiologique.* — Le vendredi, à 1 heure, Dr TROUSSEAU : *Thérapeutique oculaire usuelle. Opérations.* — Le samedi, à 2 heures, Dr CHEVALLEREAU : *Ophthalmoscopie clinique, exercices ophthalmoscopiques.*

Cours de Rhinologie et de Laryngologie. — M. le Dr [illegible], ancien interne des hôpitaux, commencera le 8 janvier prochain, à 5 h. 1/2, à sa clinique, 5, rue du Pont-de-Lodi, une série de conférences avec démonstrations pratiques, sur la rhinologie et la laryngologie et les continuera les mardis suivants.

Cours sur les troubles de la parole. — M. le Dr CHERVIN, directeur de l'Institution des Bègues de Paris, commencera le mercredi 12 décembre, à 5 heures, à l'Ecole pratique (amphithéâtre 3) ses leçons sur les troubles de la parole et les continuera les mercredis à la même heure. — La première leçon sera consacrée à des considérations générales sur les troubles de la parole.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 25 nov. 1888 au samedi 1er déc. 1888, les naissances ont été au nombre de 1092, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, [illegible], illégitimes, 176. Total, 571. — *Sexe féminin* : légitimes, 363 ; illégitimes, 158. Total, 521.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 25 nov. 1888 au samedi 1er déc. 1888, les décès ont été au nombre de 876, savoir : 489 hommes et 387 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 11, F. 9, T. 20. — Variole : M. 1, F. 3, T. 4. — Rougeole : M. 21, F. 12, T. 33. — Scarlatine : M. 1, F. 1, T. 3. — Coqueluche : M. 0, F. 5, T. 5. — Diphthérie, Croup : M. 15, F. 12, T. 27. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 114, F. 70, T. 184. — Autres tuberculoses : M. 10, F. 10, T. 20. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 6, T. 6. — Tumeurs malignes : M. 14, F. 27, T. 41. — Méningite simple : M. 23, F. 10, T. 33. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 21, F. 17, T. 38. — Paralysie : M. 1, F. 3, T. 4. — Ramollissement cérébral : M. 2, F. 5, T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 22, F. 20, T. 42. — Bronchite aiguë : M. 9, F. 8, T. 17. — Bronchite chronique : M. 16, F. 18, T. 34. — Broncho-Pneumonie : M. 13, F. 12, T. 25. — Pneumonie : M. 11, F. 4, T. 15. — Gastro-entérite, biberon : M. 36, F. 10, T. 46. — Gastro-entérite, sein : M. 3, F. 6, T. 9. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 3, F. 0, T. 3. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 10, F. 9, T. 19. — Sénilité : M. 7, F. 18, T. 25. — Suicides : M. 7, F. 5, T. 12. — Autres morts violentes : M. 8, F. 5, T. 13. — Autres causes de mort : M. 93, F. 47, T. 140. — Causes restées inconnues : M. 4, F. 3, T. 7.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 86, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 30, illégitimes, 25. Total : 55. — *Sexe féminin* : légitimes, 19, illégitimes, 12. Total : 31.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — L'assemblée de la Faculté a élu M. le professeur HECHT, délégué au Conseil général des Facultés, en remplacement de M. Heydenreich, nommé doyen.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. BIGOT, licencié ès-sciences naturelles, est nommé préparateur de géologie, en remplacement de M. Vasseur, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DES SCIENCES DE CLERMONT. — M. KILIAN, docteur ès-sciences, chef des travaux pratiques et de laboratoire de géologie à la Faculté des sciences de Paris, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1888-1889, d'un cours de géologie à la Faculté des sciences de Clermont.

FACULTÉ DES SCIENCES DE RENNES. — M. COLLIN, licencié ès-sciences physiques, chargé des fonctions de préparateur de zoologie, est nommé préparateur de zoologie à ladite Faculté.

FACULTÉS DE MÉDECINE. *Concours d'agrégation* [illegible]. — M. GILHEZ, docteur en médecine, est admis à prendre part au concours qui doit s'ouvrir le 15 décembre 1888, à Paris, pour onze places d'agrégés des Facultés de médecine. Section de médecine, *pathologie interne et médecine légale*.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Vacances*. Les cours de la Faculté, vaqueront à l'occasion des fêtes du 1er janvier, du 30 décembre au 6 janvier. Ils reprendront le 7 janvier.

Concours d'agrégation de médecine. — Le samedi 15 décembre, à midi, aura lieu l'ouverture du concours d'agrégation de pathologie interne et de médecine légale. Ordre du jour : Formation du jury, appel des candidats, fixation des séances du concours. Nous rappelons à dessein les noms de MM. les candidats qui sont : MM. Aubry, Babinski, Balzer, Barth, de Beurmann, Bourcy, Brault, Chantemesse, Charrin, Collin, Cochez, Combemale, Cuffer, Davezac, Gaucher, Gilbert, Grenier, Gioelt, Jeannel, Juhel-Rénoy, Letulle, Marfan, Marie, Martin, Mathieu Mesnard, Morel-Lavallée, Netter, Richardière, Roques, Royet, Sarla, Suzanne, Talamon, Vibert. — *Répartition des places entre les Facultés* : Paris, 5 ; Bordeaux, 2 ; Lille, 2 ; Montpellier, 1 ; Lyon, 1 ; Nancy, 0. Total : 11 places.

Cours libre de pathologie infantile. — M. LEGROUX a commencé des conférences de pathologie infantile (*Mal. du tube digestif. Troubles de nutrition*) le vendredi 7 décembre, à 8 h. 1/2 du soir, petit Amphithéâtre, et les continue tous les vendredis à la même heure. En outre, M. Legroux fait tous les mercredis, à 3 h. 1/2, à l'hopital Trousseau, des conferences de clinique, se rapportant aux sujets traités dans ses leçons du vendredi à la Faculté. Visites le matin à 9 heures, salles Bouvier et Lugol. Consultations le mercredi et le samedi.

Officiat de Santé. — Par décision de la Commission scolaire, les élèves officiers de santé de première année sont tenus de subir, en juillet, le premier examen de fin d'année. Cette disposition s'applique également aux élèves officiers de santé qui seraient dans l'intention de renoncer à leurs inscriptions d'officiat, pour prendre des inscriptions de doctorat.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX. — M. PIÉCHAUD, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire le clinique chirurgicale des maladies des enfants.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — M. DUBOIS, bachelier ès sciences, est nommé aide-préparateur des travaux pratiques de chimie, en remplacement de M. Déroide, appelé à d'autres fonctions. — M. DÉROIDE, pharmacien de 1re classe, nommé aide-préparateur des travaux pratiques, en remplacement de M. Mathurin, dont la délégation est expirée. M. BERTAUX, chargé des fonctions de prosecteur, est nommé, pour trois ans, prosecteur à ladite Faculte. — Un congé d'un an sans traitement a été accordé, sur sa demande, à partir du 19 novembre 1888, à M. MACHELART, préparateur de chimie minérale. — M. FLAMENT est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Machelart, des fonctions de préparateur de chimie minérale.

ECOLE DE MÉDECINE MILITAIRE. — La Chambre des Députés a voté le projet de loi pour l'Ecole de médecine militaire, modifié par le Sénat. Il ne reste plus qu'à promulguer la loi. — La ville de Paris, par l'intermédiaire du Conseil municipal (4e commission, proposition de M. le Dr Chautemps) demande à ce que cette école soit etablie dans ses murs. — La situation qui existe encore aurait été de beaucoup préférable. Nous assistons à une véritable course au clocher.

ÉCOLES DE MÉDECINE NAVALE. — Le ministre de la marine invite les directeurs des Ecoles de médecine navale à charger de répétitions de cliniques médicales et chirurgicales un certain nombre de médecins de 1re classe et de 2e classe.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BESANÇON. — Sont nommés : MM. BURGER, prosecteur d'anatomie ; — BAIGNE, aide d'anatomie et de physiologie ; — GOUNIOT, préparateur de chimie ; — ROUSSILLON, préparateur de pharmacie.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE CAEN. — M. GUILLET, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux de Nantes et de Paris, est institué pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE CLERMONT. — Sont nommés : MM. FOURNIAL, chef de clinique chirurgicale ; — FOURNIER, chef de clinique médicale.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE GRENOBLE. — M. BABOIN, pharmacien de 1re classe, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE RENNES. — M. PERRIN DE LA TOUCHE, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à ladite Ecole.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN. — M. CERNÉ, docteur en médecine, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est institué, en outre, pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques et physiologiques.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Ecole de médecine de Constantinople.* M. le Dr SAIB-PACHA est nommé directeur de l'Ecole à la place de M. le Dr Mara Pacha, décédé.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Externat.* Voici la liste des questions posées depuis notre dernier numéro à l'épreuve d'anatomie : *Configuration extérieure et Rapports de l'Estomac.* — *Fémur.* A cette épreuve ont été consacrées 18 séances. — Les séances de pathologie ont commencé le samedi 1er décembre à 4 heures. Nous rappelons qu'à la séance de pathologie spéciale aux candidats futurs volontaires d'un an, on avait donné : *l'Entorse.* — Les dernières questions traitées au concours de l'externat à cette épreuve ont été les suivantes : *Symptômes et diagnostic de la pneumonie franche aiguë* ; — *Vésicatoires* ; — *Anthrax.*

Concours de la bourse de voyage (ancienne médaille d'or). — Ce concours a eu lieu cette semaine entre les internes de quatrième année. *Section de médecine.* La question posée à l'épreuve orale a été : *Hémorrhagies dans la fièvre typhoïde.* — *Section de chirurgie* : La question posée à l'épreuve orale a été : *Des tumeurs érectiles.* — Les mémoires ont été jugés mercredi. Les épreuves écrites ont eu lieu vendredi à l'Hotel-Dieu (Médecine), à la Charité (Chirurgie), à midi. Les candidats, pour la section de chirurgie, ont eu à traiter à cette épreuve : *Développement des os* ; *fractures spontanées.*

HÔTEL-DIEU DE REIMS. *Concours d'internat et d'externat.* — A la suite du concours qui vient d'avoir lieu, MM. DECÈS, GOSSET et PATÉ viennent d'être nommés internes en médecine des hôpitaux de Reims. — Le concours d'externat vient également de se terminer par la nomination de MM. GENTILHOMME, FAUCHEUX, CERY, CHATELAIN, CARMELLES et DEBRAY.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — A l'avant-dernière séance de l'Académie des sciences, M. Duclaux a été élu membre titulaire dans la section d'économie rurale par 30 voix contre 26 à M. Chambrelent. M. Muntz se présentait aussi.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — La séance publique annuelle de l'Académie de médecine aura lieu le 11 décembre. M. le Dr Bergeron, secrétaire perpétuel, prononcera l'éloge de Mélier, ancien inspecteur général des services sanitaires.

ASILE D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — *Concours pour l'internat en médecine.* — Le jury est ainsi composé : 1° Médecins des asiles. MM. les Drs Dagonet, médecin honoraire ; Aug. Voisin (Salpêtrière) ; — Bouchereau (Sainte-Anne) ; — Febvré (Ville-Evrard) ; — Espiau de La Maestre, honoraire ; — 2° Médecin des hôpitaux : M. le Dr Huchard, médecin à Bichat ; — S..., chirurgien des hôpitaux ; — M. le Dr Picqué, chirurgien au bureau central.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE DERMOGRAPHIE ET DE SYPHILIOGRAPHIE. — *Questions mises à l'ordre du jour par le Comité d'organisation* : 1° Constitution du groupe lichen ; 2° Pityriasis rubra et dermatite exfoliante généralisée primitive ; 3° Du pemphigus et dermatoses bulleuses complexes ou multiformes ; 4° Trichophitose et dermatoses trichophitiques ; 5° Traitement de la syphilis ; 6° Fréquences de la syphilis tertiaire, conditions de son développement.

CONGRÈS INTERNATIONAL DENTAIRE. *Exposition de 1889.* — Sont nommés membres du comité d'organisation de ce Congrès : MM. Blocman, Brasseur, Chauveau, Crignier, Damaris, David, Dubois, Dubrac, Ducourneau, Gaillard, Godon, Kuhn, Marchandé, Papereau, Poinceau, Pourchet, Ronnet.

CHOLÉRA AU CHILI. — Le choléra aurait fait ces jours derniers son apparition à Valparaiso. D'ailleurs l'état sanitaire de ce pays laisse fort à désirer.

EPIDÉMIES. — *Suette miliaire.* La suette miliaire vient de faire sa réapparition dans l'Indre. M. le Dr Girode, interne des hôpitaux, vient d'y être envoyé. Des étuves à désinfection vont être transportées sur les lieux. — On signale une épidémie de *fièvre typhoïde* à l'Ecole normale d'Institutrices de Grenoble ; l'Ecole vient d'être licenciée. — Une épidémie de *fièvre scarlatine* sévit à Jamestown (Etats-Unis).

INSPECTORAT DES FACULTÉS ET ECOLES DE MÉDECINE. — La Chambre des Députés a voté récemment la suppression du crédit proposé pour cet inspectorat.

INSTITUT VACCINAL A ROME. — Le gouvernement italien vient de décréter la création d'un Institut vaccinal à Rome ; il dépendra de la direction de la santé publique au ministère de l'intérieur. Le contrôle sera exercé par différentes autorités, entre autres le doyen de la Faculté de médecine.

LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE. — On va très probablement créer sous peu un laboratoire de bactériologie à Washington ; mais les fonds manquent encore.

Laïcisation de l'Institut national des Sourds-Muets. — Comme nous l'avons annoncé dans notre n° du 24 novembre, page 242, l'Institut national des Sourds-Muets, sis rue Saint-Jacques, a été laïcisé hier matin, sans aucun incident. Les trois sœurs appartenant à la congrégation de la Sainte-Enfance, dont le siège est à Versailles, ont été remplacées par trois infirmières diplômées.

Le choléra a Pékin. — Des nouvelles reçues de Pékin annoncent que le choléra existe actuellement dans cette ville, affectant le même caractère que celui qui a sévi auparavant à Tientsin. L'épidémie a fait son apparition dans la capitale un mois après avoir éclaté à Tientsin et depuis peu de temps seulement elle affecte un caractère grave. Des affiches jaunes, placardées dans toute la ville, annoncent que les pharmaciens délivrent des médicaments gratuits (*Bull. Méd.*)

Médecins des Lycées. — M. le Dr Gueillot, ancien interne des hôpitaux de Paris, est nommé médecin-adjoint du lycée de Reims, en remplacement de M. Lévêque.

Muséum d'histoire naturelle de Paris. *Boursiers.* — Sont nommés boursiers pour jouir, pendant l'année scolaire 1888-1889, des bourses ci-après désignées, les jeunes gens dont les noms suivent, *Bourses d'agrégation* (1re année) : MM. Caustier, Domec et Pizon, licenciés ès sciences physiques et ès sciences naturelles; — *Bourses de doctorat* (1re année) : MM. Gaubert, licencié ès sciences physiques et ès sciences naturelles; Citerne et Roché, licenciés ès-sciences naturelles. Une prolongation de bourse est accordée, pendant l'année scolaire 1888-1889, aux boursiers dont les noms suivent. *Bourses d'agrégation* (2e année) : MM. Carpentier, licencié ès sciences naturelles; Constantin et Waliet, licenciés ès sciences physiques et ès sciences naturelles;— *Bourses de doctorat* (2e année) : M. Bonnel, licencié ès sciences physiques et ès sciences naturelles ; MM. Chauveaud, Rabou et Veillard, licenciés ès sciences naturelles; — *Bourses de doctorat* (3e année) : MM. Boule et Ménégaux, licenciés ès sciences physiques et ès sciences naturelles, agrégés des sciences naturelles.

Nouveaux Journaux. — Nous recevons les premiers numéros d'un journal nouveau de la Plata, intitulé: *Revista medica de la Plata*, rédigé par MM. Alexander, Panaloa, Gallastegui, Luzano, Catalan et Musanta. Nous souhaitons bon succès à nos confrères de la Plata.

Revue philosophique. — *Sommaire* (n° de décembre 1888). E.-G. Balbiani : Les théories modernes de la génération et de l'hérédité. — A. Fouillée : Philosophes français contemporains : M. Guyau (*fin*). — P. Regnaud : Le verbe : ses antécédents et ses correspondants logiques. — P. Tannery : Sur la notion du temps. — Lechalas : Sur l'agrandissement des astres à l'horizon. — Analyses et comptes rendus. — Revue des périodiques.

Service de santé de la marine. — *Nominations.* A été nommé dans le corps de santé de la marine : *Au grade de médecin de 2e classe.* M. le Dr Chauvreau, aide médecin.

Mutations. — M. le médecin de 2e classe Villette est détaché provisoirement au 2e régiment d'infanterie de marine. M. le médecin de 1re classe Hervé cesse de servir au régiment d'artillerie de marine. M. le médecin de 2e classe Duprat, du cadre de Toulon, est désigné pour servir à terre.

Demandes. — Un médecin de 1re classe est demandé dans les ports pour occuper les fonctions de chef de santé dans le Soudan français.

Service médical des prisons. — Nous avons annoncé déjà que le *dispensaire* de la Préfecture de police serait transféré, le 1er janvier 1889 à la prison de Saint-Lazare, pour simplifier le service. On nous apprend d'autre part, aujourd'hui, que l'on se préoccupe au ministère de l'Intérieur, d'organiser le service de santé des prisons et d'instituer un concours spécial pour le recrutement du corps médical. Déjà les internes sont nommés par le concours. A maintes reprises nous avons insisté ici pour que les services des infirmeries (Saint-Lazare, la Santé, etc., fussent confiés à des médecins et à des chirurgiens des hôpitaux. En d'autres termes, nous demandions que l'Assistance publique fut chargée de fournir le personnel médical sans s'immiscer pour cela dans les affaires administratives. On aurait ainsi toutes les garanties désirables, sans multiplier outre mesure les concours et les jurys.

Une ambulance improvisée. — Les bons exemples sont rares, aussi méritent-ils d'être enregistrés. Trois allemands nomades, sont trouvés dans leur petite voiture atteints de variole aux environs de Commercy. Que faire ? les laisser dans leur méchant véhicule, en plein champ; c'est les vouer à une mort à peu près certaine. Les introduire en ville, c'est risquer d'y introduire un foyer et d'y semer la contagion. Le sous-préfet et le maire ont alors l'heureuse idée de faire construire immédiatement sur place une baraque en planches où les malades, suffisamment protégés contre les intempéries, reçoivent les soins nécessaires. (*Gaz. méd. Paris*).

Nécrologie. — M. le Dr Rampont-Lechin, sénateur. — M. le Dr Scoby (de Bruxelles). — M. le Dr Lober (de Lille). — M. le Dr Laferriere (de Toulouse), mort à 76 ans. — M. le Dr Marco Pacha, directeur de l'Ecole de médecine de Constantinople depuis 16 ans, mort à 64 ans. M. le Pr Zoroes Pacha a prononcé sur la tombe du défunt un remarquable discours. — M. le Dr Vahid-Bey, professeur d'accouchements à l'Ecole de médecine de Constantinople. — M. le Dr Vergez (de Luz). — M. le Dr Pierron, médecin de la marine. — M. le Dr Greenhow (de Londres).

AVIS A NOS ABONNÉS.— *L'échéance du 31 DÉCEMBRE étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement expire à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée le **25 janvier**, *augmentée de* UN FRANC *pour frais de recouvrement. Nous les engageons donc à nous envoyer leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal. — Enfin, nous invitons ceux d'entre eux qui auraient égaré des numéros de 1888 à nous les réclamer **avant le vingt janvier.**

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie G. STEINHEIL,
2, rue Casimir-Delavigne.

Parlidès. — Des arthropathies tabétiques du pied. Volume in-8 de 84 pages, avec 12 planches hors texte.

Arsberattelse (den niondo) fran Sabbatsbergs Sjukhus i Stockholm for 1887. Volume in-8 de 248 pages avec tracés. — Stockholm, 1888. — Isaac Marcus' Boktryckeri-Aktiebolag.

Adamkiewicz. — Pepton. Brochure in-8 de 11 pages. Extrait de *Real-Encyclopadie der Gesammtenheilkunde.*— Leipzig, 1888. — Urban and Schwarzenberg.

Adamkiewicz. — Ueber combinirte Degenerationen des Rückenmarkes. Brochure in-8 de 18 pages. Extrait du *Wiener Medizinische Presse.* — Wien, 1888. — Gottlieb Gistel et Comp.

Baraduc (H.). — Du lavage électrique et de la faradisation intra-stomacale dans la dilatation de l'estomac fonctionnelle (maladie de Bouchard). Brochure in-8 de 12 pages. Extrait du *Journal de médecine de Paris.*— Paris, 1888. — 35, boulevard Haussmann.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE — 2e SÉRIE. T. VIII. N° 50. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 15 DÉCEMBRE 1888.

Le Progrès Médical

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Clinique d'Accouchements de la Faculté de médecine. — **M. P. BUDIN**, professeur agrégé.

Du bassin cyphotique. — Rétrécissement portant principalement sur le diamètre bisciatique (1).

Messieurs,

Champneys a dit, avec raison, en 1883: « La marche du travail dans les bassins cyphotiques est encore imparfaitement connue, bien que ce bassin ne soit pas extrêmement rare. » Chez une femme atteinte de cyphose dorso-lombaire, nous venons d'avoir, il y a deux jours, l'occasion de suivre un accouchement qui a présenté des particularités cliniques intéressantes; permettez-moi de revenir sur ce fait et d'attirer sur lui votre attention.

La nommée M. L..., âgée de 21 ans, entre à la Clinique d'accouchements le 21 avril 1888, et est placée dans les salles au lit n° 14. Son père et sa mère sont robustes et n'ont présenté aucune trace de tuberculose; ils ont eu 5 enfants, l'un est mort à 3 mois et l'autre à 11 mois de méningite; trois survivent, deux jouissent d'une excellente santé, le dernier est la jeune femme qui est le sujet de cette leçon. Elle est née à la campagne, aux environs de Paris. En 1870, pendant la guerre, ses parents se réfugièrent dans la capitale, elle avait alors 3 ans; c'est de cette époque que daterait la déformation qu'elle présente. Elle est tombée, raconte-t-elle, dans un escalier et n'a pu se relever; cette chute fut suivie de douleurs vives dans les flancs et elle fut conduite à l'hôpital Sainte-Eugénie où elle séjourna de longs mois; elle y garda le lit et prit de l'huile de foie de morue; en dernier lieu elle porta un corset, jamais elle n'eut d'abcès.

De temps à autre elle avait des crises de douleurs fulgurantes en ceinture. Ces crises avaient cessé vers l'âge de 10 ans, mais elles revinrent à 17 ans, au moment de l'établissement des menstrues; depuis elles ont complètement disparu. En même temps survenait à la région dorso-lombaire une saillie de la colonne vertébrale, une gibbosité sur laquelle on fit des applications de teinture d'iode et qu'on soutint avec le corset. On donna même à la malade une paire de béquilles, mais elle s'en est fort peu servie.

Quand on examine cette femme actuellement, voici ce qu'on trouve: elle est assez petite de taille et n'a que 132 centimètres de hauteur. Il existe une gibbosité qui porte sur la moitié inférieure de la région dorsale et sur toute la région lombaire; cette gibbosité mesure verticalement près de 20 centimètres dans son grand diamètre, elle est absolument médiane et on sent nettement la ligne faite par la saillie des apophyses épineuses; on ne trouve aucune altération de la peau à ce niveau. Il n'y a pas de scoliose. Le squelette n'offre aucune autre lésion.

L'aspect général est celui que présentent habituellement les gibbeux: les formes sont grêles, les membres supérieurs semblent avoir une longueur exagérée et dans la station debout, la femme atteint facilement la tête des péronés avec l'extrémité des doigts. Bien qu'il y ait une certaine maigreur, les forces sont bonnes, et cette jeune femme, qui est brossière, ne se fatigue pas plus que ses camarades. La cage thoracique fait saillie en avant et il y a surtout une proéminence singulière de l'abdomen. Le ventre globuleux n'est pas étalé, mais il pointe et retombe au-devant de la symphyse des pubis.

Le bassin est moins incliné qu'à l'état normal, et les organes génitaux externes, dans la station debout, se trouvent plus apparents qu'ils ne sont en général. Voici quelques-unes des mensurations que nous avons prises: d'une épine iliaque antérieure et supérieure à l'autre on trouve 21 centimètres, et d'une crête iliaque à l'autre, 23 centimètres et demi. Le diamètre de Baulocque est de 19 centimètres.

Au toucher, on constate que le bassin est en entonnoir; le doigt ne peut atteindre l'angle sacro-vertébral, mais les tubérosités ischiatiques sont plus rapprochées l'une de l'autre que normalement; la pointe du sacrum et celle du coccyx ne font pas de saillie exagérée en avant. Les épines sciatiques au contraire sont très accessibles; elles semblent, au toucher, proéminer fortement dans l'intérieur du bassin. Le diamètre bis-ischiatique, mesuré à l'extérieur à l'aide d'un fil tendu d'un bord interne d'une tubérosité à l'autre, est de 7 cent. 1/2 environ, ce qui permet d'évaluer le diamètre transverse du détroit inférieur à 8 cent. 1/2 ou 9 centimètres. Le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur, mesuré de la pointe du sacrum au bord inférieur de la symphyse pubienne, est de 11 cent. 1/2.

Etant donné le degré de mobilité qui existe habituellement du côté des os iliaques à la fin de la grossesse et qui permet un agrandissement du diamètre bis-ischiatique, nous ne pensons pas que le rétrécissement du diamètre transverse du détroit inférieur puisse apporter un grand obstacle à l'accouchement, mais nous craignons fort que les épines sciatiques, qui paraissent si saillantes, ne déterminent pendant un certain temps l'arrêt de la tête. Ces épines sciatiques, ainsi que les petits ligaments sacro-sciatiques qui en partent et qui sont un peu résistants, contrastent avec la dépressibilité des parties molles qui tapissent la grande échancrure sciatique: dans ma leçon du 1er mai, sur l'exploration du bassin par le toucher, je vous avais fait part des inquiétudes que nous donnait le diamètre bisciatique chez cette femme.

L'enfant se présente par le sommet, il est en position occipito-iliaque gauche transversale et sa tête mobile au détroit supérieur ne s'engage pas: l'antéversion de l'utérus explique ces faits.

Les premières douleurs ont apparu le 9 mai à 11 h. du soir, elles ont continué régulièrement pendant toute la nuit. En examinant la femme à 8 heures 1/2 du matin, le 10 mai, nous constatons comme l'avait déjà fait le chef de clinique, M. Loviot, que le sommet se présente toujours, mais la tête s'est appliquée sur le détroit supérieur et elle se trouve en position occipito-pubienne: le dos est tourné directement en avant. On entend les

(1) Leçon faite le 12 mai 1888.

bruits du cœur au-dessous de l'ombilic et un peu à gauche de la ligne médiane.

Au toucher, le col est complètement effacé et l'orifice externe admet à peine l'extrémité de l'index. On sent que la tête commence à s'engager, la suture sagittale est dirigée suivant le diamètre antéro-postérieur du bassin, la fontanelle postérieure est en avant, derrière la symphyse pubienne.

Sous l'influence des contractions, le travail marche assez rapidement; à 9 heures 1/2, l'orifice utérin mesure 3 centimètres de diamètre, la tête s'est abaissée, la pointe de l'occiput s'est rapprochée du centre du bassin.

A 10 heures, les membranes se rompent spontanément.

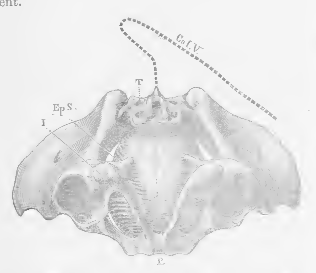


Fig. 58. — Reproduction d'après nature d'un bassin cyphotique vu par son ouverture inférieure. Tête du fœtus en position occipito-pubienne arrêtée par la saillie des épines sciatiques.
P. Pubis. — I. Ischion. — Ep. S. Epine sciatique. — T. Tête du fœtus. — Co. I. V. Colonne vertébrale.

A 10 heures 1/2, la dilatation est complète, la tête toujours en position occipito-pubienne est plus descendue encore et plus fléchie. A partir de ce moment, bien que les contractions soient très fortes, la tête ne descend plus; elle est *arrêtée par la saillie des épines sciatiques* sur lesquelles elle appuie (*fig.* 58 et 59,A). Elle se trouve comme bloquée et ne peut pas avancer. Par le toucher vaginal, on sent très bien les deux épines qui appuient sur le crâne de l'enfant; en arrière, au contraire, la tête ne porte ni sur le coccyx, ni sur la partie inférieure du sacrum, car le doigt peut être très aisément passé entre ces deux os et la circonférence du crâne *fig.* 59,B); on constate même que le petit ligament sciatique n'est pas comprimé.

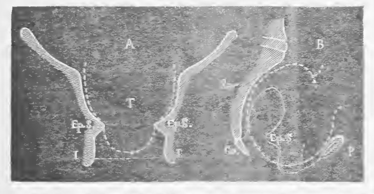


FIG. 59. — [illegible]
B. [illegible] — I. Ischion.
— Ep. [illegible] sciatique. — [illegible]

Au toucher rectal, les sensations sont peut-être plus nettes encore. Le doigt chemine aisément entre la partie inférieure de la paroi postérieure du bassin et la partie fœtale qui est en avant; le coccyx du reste se laisse refouler. On sent que les deux épines sciatiques soutiennent et arrêtent la tête qui se trouve comme suspendue au milieu de l'excavation pelvienne, au niveau de ce que l'on a appelé le détroit moyen. Bien que les contractions utérines soient violentes, la descente ne s'achève pas et une bosse séro-sanguine assez volumineuse se forme : en la déprimant, on constate que le pariétal droit chevauche sur le pariétal gauche. A 11 heures 1/2, les contractions deviennent moins fortes et plus rares. Elles reparaissent plus fréquentes à midi, mais elles sont infructueuses; à une heure l'enfant perd son méconium, les bruits du cœur se ralentissent: il est évident qu'il souffre et que l'accouchement ne se terminera pas spontanément; nous nous décidons à appliquer le forceps.

La parturiente est placée en travers du lit, du chloroforme est administré. Je me demande si, pour éviter les épines sciatiques, je ne vais pas faire une application un peu oblique, en mettant la branche gauche en arrière et à gauche, et la branche droite en avant et à droite, mais je sens qu'il me sera très difficile de passer le seconde branche directement à droite et en avant. Je me résigne donc à faire une application directe du forceps Tarnier. L'instrument ayant été mis en place, je prie M. Loviot de tirer au moment où surviendront des contractions utérines. Je maintiens mon index droit dans le vagin et en arrière, pour tâcher de me rendre compte de ce qui va se passer. La tête franchit assez vite le rétrécissement bisciatique; elle ne rencontre ensuite aucun obstacle au niveau du diamètre bis-ischiatique et elle arrive à la vulve. Le dégagement ne présente rien de particulier.

L'enfant se trouvait en état de mort apparente : derrière lui est sorti une notable quantité de méconium pur. Nous avons flagellé le nouveau-né, nous l'avons frictionné avec de l'alcool, plongé dans un bain chaud, insufflé, et, au bout de 10 minutes environ, il était ranimé. C'était une fille qui pesait 2.630 grammes; sa longueur totale était de 46 centimètres; son diamètre occipito-mentonnier mesurait 12 centimètres 5; l'occipito-frontal, 11 centimètres 25; le sous-occipito-bregmatique, 9, 3; le bipariétal, 9 et le bitemporal, 8,2.

Du côté gauche de la tête, en un point situé sur la région latérale et postérieure du front, on trouvait une dépression ecchymotique très marquée. Au moment de la naissance, l'impression du forceps la masquait un peu et pouvait faire émettre quelques doutes sur sa nature, mais les traces de l'application de l'instrument ont très vite disparu, tandis que la dépression ecchymotique persiste toujours: il ne s'est produit aucune eschare à son niveau.

La délivrance naturelle a été faite à 2 h.1/2, une heure un quart après l'accouchement; les membranes étaient complètes, le cordon mesurait 45 centimètres et le placenta pesait 370 grammes.

En pratiquant le toucher vaginal, après l'accouchement, nous avons constaté qu'il existait du côté droit une déchirure longitudinale qui partait de la surface correspondante à l'épine sciatique, s'étendait directement en avant et mesurait 4 à 5 centimètres de longueur. Les suites de couches ont été jusqu'ici absolument normales et rien ne paraît devoir les troubler.

Cet accouchement dans un bassin en entonnoir, rétréci transversalement dans ses régions inférieures, mérite d'attirer votre attention : je ne reviendrai pas sur ce qu'on observe en général chez les cyphotiques, nous l'avons déjà étudié ensemble en discutant ce fait au lit de la malade pendant les visites du matin, j'insisterai uniquement sur certains points qui me paraissent plus particulièrement dignes d'intérêt.

Rappelez-vous que, pendant la grossesse, l'enfant se présentant par le sommet était en position O. I. G. T.; cette situation était due à l'antéversion si marquée de l'utérus.

Au début du travail, la tête sous l'influence des contractions utérines est venue s'appliquer sur le détroit supérieur ; elle a exécuté un mouvement de rotation et s'est placée de suite, contrairement à ce qu'on observe d'habitude, en position occipito-pubienne; la suture sagittale se trouvait dans le diamètre antéro-postérieur du bassin et la petite fontanelle était derrière la symphyse pubienne. Tandis que, dans l'accouchement normal, on décrit successivement : 1° le pelotonnement du fœtus; 2° l'engagement; 3° la rotation interne qui se produit lorsque la tête est assez profondément descendue dans l'excavation ou est arrivée sur le plancher périnéal ; ici, au contraire, le mouvement de rotation a précédé le mouvement de descente. Ce mécanisme s'observe quelquefois dans les bassins cyphotiques, quand le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur se trouve notablement agrandi.

La tête engagée a rencontré un obstacle qui a empêché l'accouchement. Ce n'était pas, comme cela existe habituellement dans les bassins en entonnoir, le rétrécissement du diamètre transverse du détroit inférieur qui s'opposait à sa sortie, car on sentait nettement que l'extrémité céphalique n'arrivait pas jusqu'aux tubérosités ischiatiques ; ce n'était pas non plus le rétrécissement du diamètre antéro-postérieur de ce même détroit, car le doigt, qui pratiquait le toucher vaginal et le toucher rectal passait très aisément entre l'extrémité céphalique et la partie inférieure du sacrum : la tête était arrêtée plus haut, au niveau des épines sciatiques, au niveau du détroit moyen. On la sentait, en effet, exactement appliquée sur les deux épines sciatiques qui faisaient une saillie plus marquée dans l'intérieur de l'excavation ; le pariétal droit chevauchait sur le pariétal gauche, ce qui montrait encore que les os du crâne étaient comprimés d'un côté à l'autre; enfin. lorsque cet obstacle eût été franchi grâce aux tractions exercées avec le forceps, le diamètre bis-ischiatique n'a apporté aucune résistance au dégagement du fœtus.

Il y a eu, vous l'avez vu, des lésions sur la paroi vaginale et des traces de compression sur la tête de l'enfant. Les auteurs ont déjà signalé des faits de ce genre : on a trouvé le vagin lacéré et les déchirures partaient en général de la saillie d'une des épines sciatiques ; le cuir chevelu du nouveau-né a aussi présenté parfois quelques lésions.

Malgré les recherches que j'ai faites, je ne connais aucune observation dans laquelle on ait déjà noté cliniquement cet arrêt absolu de la tête au niveau du détroit moyen de l'excavation, sur les épines sciatiques.

Quelques auteurs ont cependant pensé que cet obstacle pouvait exister. « Il serait important. a dit Breisky en 1870, de trouver un moyen de mesurer la distance qui va d'une épine sciatique à l'autre » et ses élèves ont reproduit depuis la même idée à diverses reprises. Dans des leçons faites à l'hôpital des Cliniques, Chantreuil disait en parlant des bassins cyphotiques : « Le diamètre bis-ischiatique peut être réduit à 7, 6 et même 5 centimètres, c'est lui — et peut-être aussi le diamètre bisciatique qui subit un rétrécissement corrélatif — qui opposera des obstacles au passage du fœtus. » Fischel a été plus précis encore : « Je crois, a-t-il dit en 1880, que la situation persistante de la tête est due au rapprochement des deux épines sciatiques qui la serrent entre elles comme dans un étau. »

Dans le véritable bassin en entonnoir, tous les diamètres du détroit inférieur sont rétrécis ; l'extrémité céphalique se trouve arrêtée par le diamètre transverse et par le diamètre antéro-postérieur ; mais parfois, et c'était le cas dans le fait que nous venons d'observer, le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur n'est pas diminué de longueur, la distance qui va de la pointe du sacrum au bord inférieur de la symphyse pubienne est normale. Voici, par exemple, un bassin qui appartient au musée de la Clinique d'accouchements ; tandis que le diamètre bis-ischiatique mesure 99 millimètres, la distance qui sépare les deux épines sciatiques n'est que de 82 millimètres, de sorte que si on introduit dans l'excavation une tête artificielle qui a les dimensions d'une tête normale, elle se trouve arrêtée dans sa descente par les deux épines sciatiques. Dans ce même bassin, le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur (de la pointe du sacrum au bord inférieur de la symphyse) mesure 112 millimètres ; si on applique la région occipitale de la tête artificielle derrière la symphyse pubienne, on voit qu'il reste entre le front et la face antérieure du sacrum un espace dans lequel les deux doigts cheminent aisément. Ainsi, ce que nous avons observé pendant l'accouchement se trouve exactement reproduit.

Quand on examine un bassin normal, on voit que le diamètre bisciatique, qui occupe l'excavation pelvienne, est plus petit que le diamètre bis-ischiatique qui a son siège au niveau du détroit inférieur. Sans vouloir citer beaucoup de noms, nous rappellerons que, après avoir évalué tous les diamètres du détroit inférieur à 11 centimètres environ, Tarnier et Chantreuil écrivent : « De plus, vers le milieu de sa hauteur, l'excavation présente un diamètre transverse allant du sommet d'une épine sciatique à l'autre ; ce diamètre est plus petit que tous les autres, car il mesure 10 centimètres. Il existe donc à ce niveau une espèce de détroit moyen. » Verneau a trouvé des différences plus grandes encore. Pour lui, le diamètre transverse du détroit inférieur est en général, chez la femme, de 136 millimètres, tandis que la distance qui sépare les deux épines sciatiques n'est en moyenne que de 108 millimètres.

Lorsque le bassin prend la forme en entonnoir, ses deux parois latérales se rapprochent l'une de l'autre à la partie inférieure, il semble que les deux épines sciatiques doivent, autant et même plus que les deux tubérosités ischiatiques, mettre obstable à l'accouchement. Et cependant c'est le diamètre bis-ischiatique qui est considéré, et avec juste raison souvent, je m'empresse de le dire, comme devant s'opposer surtout à l'accouchement. Pourquoi ?

Plusieurs éléments entrent en jeu dans l'étude comparée des diamètres bis-ischiatique et bisciatique des bassins en entonnoir.

1° Dans un bassin normal, les épines sciatiques sont

plus ou moins développées, plus ou moins saillantes. Tandis, en effet, que parfois le diamètre bisciatique ne mesure que 1 centimètre de moins que le diamètre bis-ischiatique, voici deux bassins que je vous montre, dans lesquels la distance qui sépare les deux épines sciatiques est plus petite de 2 centimètres que celle qui sépare les tubérosités ischiatiques. Il y a donc un premier élément dont il faut tenir compte, c'est la longueur, la saillie des épines sciatiques.

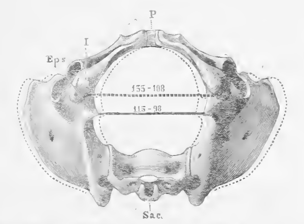
2° Dans les bassins en entonnoir, les os coxaux ont subi un mouvement de rotation. L'axe de ce mouvement peut être représenté pour chacun de ces os par une ligne qui joindrait la symphyse sacro iliaque à la symphyse pubienne (Chantreuil). La hauteur des parois du bassin est variable, or plus la distance qui va de la ligne innominée à la tubérosité est grande, plus le bras de levier par conséquent est long et plus, pour un angle égal de rotation, le diamètre bis-ischiatique se trouve diminué.

3° Mais les épines sciatiques, qui occupent l'excavation, sont beaucoup moins éloignées de la ligne innominée que les tubérosités ischiatiques ; dans le mouvement de rotation que subissent les os coxaux, elles se rapprochent donc relativement beaucoup moins l'une de l'autre que les tubérosités ischiatiques.

Ajoutons encore que les épines sciatiques peuvent être placées plus ou moins haut ; plus leur situation dans le bassin sera élevée, moins en conséquence la diminution du diamètre bisciatique sera marquée.

Ces données étant connues, voyons ce qui se passe.

Voici un bassin sec; sur ma demande il a été articulé par M. Tramond avec des bandes de caoutchouc placées de telle manière qu'on peut, à volonté, reproduire avec lui un bassin en entonnoir à divers degrés. La distance, qui sur une ligne verticale sépare les épines sciatiques de la ligne innominée, est de 63 millimètres, celle qui sépare les tubérosités ischiatiques de la même ligne innominée est de 90 millimètres.



[illegible] — Bassin [illegible] Le diamètre bis-[illegible] mesure deux [illegible] de moins que le diamètre bis-[illegible]. La petite ligne [illegible] aux os iliaques un mouvement de bascule [illegible] ischiatiques. Le diamètre bis-ischiatique [illegible] n'a qu'un centimètre [illegible] diamètre bisciatique (98). — P. Pubis. — Sac. Sacrum. — Ep. S. Épine sciatique. — I. Ischion.

a). — A l'état normal, vous voyez que le diamètre bis-ischiatique mesure 135 millimètres et le diamètre bisciatique 115 millimètres (*fig.* 60).

Il y a donc 2 centimètres de différence entre les deux diamètres.

b). — Nous faisons exécuter un mouvement de bascule aux os iliaques, mouvement qui rapproche les deux tubérosités ischiatiques et nous arrivons à avoir, pour le diamètre bis-ischiatique, 108 millimètres, et pour le diamètre bisciatique, 98 millimètres (*fig.* 60).

Le diamètre bis-ischiatique n'a maintenant qu'un centimètre de plus que le diamètre bisciatique.

c). — En exagérant le mouvement de bascule, nous voyons que le diamètre bis-ischiatique parvient à mesurer 8 centimètres et le diamètre bisciatique 8 centimètres (*fig.* 61).

Les deux diamètres bis-ischiatique et bisciatique sont donc devenus égaux.

d). — Enfin si la forme en entonnoir est encore plus marquée, vous voyez que, à un moment donné, le diamètre bis-ischiatique est de 49 millimètres et le diamètre bisciatique de 59 millimètres (*fig.* 61).

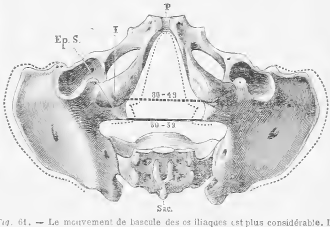


Fig. 61. — Le mouvement de bascule des os iliaques est plus considérable. Le diamètre bis-ischiatique et le diamètre bisciatique sont égaux.
La petite ligne ponctuée montre le diamètre bis-ischiatique (49) devenu plus petit que le diamètre bisciatique (59). Il a un centimètre de moins. — P. Pubis. — Sac. Sacrum. Ep. S. Epine sciatique. — I. Ischion.

C'est maintenant le diamètre bis-ischiatique qui se trouve plus petit que le diamètre bisciatique : il mesure un centimètre de moins, c'est donc lui qui devra apporter l'obstacle le plus considérable à l'accouchement.

Certes, dans ces mouvements de bascule plus ou moins marqués des os des îles, les épines sciatiques se rapprochent toujours l'une de l'autre d'une façon absolue, mais par suite de la différence de longueur des bras de levier, le rapprochement des deux épines sciatiques est toujours relativement moindre que celui des tubérosités ischiatiques. Dans le bassin que je viens de vous montrer, la diminution totale du diamètre bisciatique a été de 56 millimètres (115-59), tandis que celle du diamètre bis-ischiatique a été de 86 millimètres (135-49).

Les bassins dans lesquels les épines sciatiques peuvent, plutôt que les tubérosités ischiatiques, apporter un obstacle à l'accouchement, paraissent surtout devoir être ceux qui ont des épines sciatiques très saillantes et dont les os des îles n'ont subi qu'un mouvement de bascule peu considérable.

En cherchant dans le musée de cette clinique nous avons, outre le bassin cyphotique que je vous ai présenté tout à l'heure, trouvé d'autres bassins en entonnoir assez rétrécis dans leur partie inférieure et chez lesquels le diamètre bisciatique est plus petit que le diamètre bis-ischiatique ; on voit la même différence exister dans les chiffres donnés pour certains bassins par Hugenberger, Chantreuil, Goetze, Barbour et Lauro.

On comprend donc que, dans ces cas, la tête, avant d'arriver au niveau des tubérosités ischiatiques, puisse se trouver arrêtée plus ou moins longtemps sur les épines sciatiques, et que ce soit même le diamètre bisciatique qui constitue parfois le principal et même l'unique obstacle à la sortie du fœtus.

En résumé, si dans un bassin cyphotique il faut surtout tenir compte du rétrécissement du diamètre transverse du détroit inférieur, si on doit chercher à apprécier la distance qui va de la pointe du sacrum au bord inférieur de la symphyse pubienne, si on doit encore se rappeler la mobilité dont jouissent les os iliaques à la fin de la grossesse, mobilité qui permet l'agrandissement des diamètres rétrécis du détroit inférieur, il importe aussi d'examiner avec soin le diamètre bisciatique. Il serait intéressant de pouvoir, ainsi que l'a dit Breisky, évaluer la distance qui sépare les épines sciatiques; malheureusement, cette mensuration est très difficile, et les quelques tentatives que nous avons faites jusqu'ici pour y parvenir n'ont pas été suffisamment couronnées de succès pour que nous les rapportions. Il reste là une lacune que nous ne désespérons pas cependant de pouvoir combler.

CLINIQUE INFANTILE

Des manifestations précoces de la syphilis congénitale, étudiées spécialement au point de vue du diagnostic (*Suite*) (1);

par le Dr SEVESTRE, médecin de l'Hospice des Enfants-Assistés.

II.

L'enfant paraît absolument sain au moment de la naissance, et les signes de la syphilis n'apparaissent qu'un certain temps après. — C'est ainsi que les choses se passent le plus ordinairement, et comme je l'ai dit plus haut, l'enfant peut naître avec toutes les apparences de la bonne santé ou présenter une apparence débile, mais en tout cas sans qu'aucun signe puisse déjà faire reconnaître la syphilis.

L'*époque d'apparition* du premier accident est variable, cependant elle peut être fixée pour le plus grand nombre des cas du 1er au 3e mois, et plus particulièrement encore entre la 2e et la 6e semaine. Si l'on fait abstraction du pemphigus et des phénomènes existant au moment de la naissance, les premiers symptômes ne se montrent jamais avant la 2e semaine. D'autre part, bien que le fait soit assez rare, ils peuvent encore tarder jusqu'au 4e, 5e ou même 6e mois, mais à partir de cette époque, l'apparition de la syphilis est presque exceptionnelle, et cette particularité explique l'importance qu'il y a à ne prendre pour vaccinifères que des enfants au-dessus de 6 mois. Il ne faudrait pas cependant même à ce moment affirmer qu'il ne surviendra jamais d'accidents et que l'enfant à partir de cet âge est absolument indemne; car les faits de syphilis héréditaire tardive, étudiés dans ces dernières années montrent que la syphilis héréditaire peut rester latente pendant un temps fort long, et ne se manifester que dans l'adolescence ou même dans l'âge adulte. Ces faits, d'ailleurs, sortent du cadre que je me suis tracé.

L'*ordre d'apparition* des accidents n'a lui-même rien de fixe, et il ne faut pas s'attendre à trouver dans la syphilis héréditaire une évolution typique pouvant être ramenée à plusieurs périodes, ainsi que cela a lieu, au moins en général, dans la syphilis acquise. Certaines manifestations paraissent plus souvent de bonne heure, certaines autres sont généralement plus tardives, mais cet ordre peut être interverti, et souvent aussi on voit coexister les unes et les autres, de sorte qu'en réalité la connaissance de la marche de la maladie ne peut fournir aucun élément pour la classification des symptômes. Cependant comme il faut bien, pour les besoins de la description adopter un ordre quelconque, même artificiel, j'examinerai successivement les manifestations cutanées, les lésions des muqueuses, les lésions des os et des viscères, en tant qu'elles peuvent servir à éclairer le diagnostic. J'essaierai ensuite de les grouper, en mettant en relief celles qui présentent le plus de valeur au point de vue clinique.

1° *Manifestations cutanées.* — Les manifestations de la syphilis héréditaire, ainsi que l'a très bien dit Parrot, sont d'une étude très difficile, et ce n'est qu'après avoir vu et comparé un nombre considérable d'observations que l'on peut en dégager un certain nombre de types pour la description ; mais, ceux-ci déterminés, il ne faudrait pas croire que tout soit dit, et que pour ne pas hésiter dans le diagnostic il suffit de les bien connaître. Le problème est autrement complexe, et sans parler des cas où les formes se mélangent, se compliquent réciproquement, il en est une infinité d'autres où chacune d'elles revêt des physionomies très diverses par le seul fait du degré et de l'âge des lésions qui la constituent.

La réunion sur un même sujet de plusieurs de ces éruptions, et d'autre part l'apparence protéiforme qu'elles peuvent revêtir, expliquent d'ailleurs les divergences que l'on peut relever sous ce rapport dans les descriptions des auteurs ; aussi, n'est-il pas toujours facile de se reconnaître dans ces descriptions et d'établir la synonymie des lésions, d'autant que certains observateurs ont rattaché à la syphilis des éruptions qui doivent en être distinguées.

Parrot a donné de ces éruptions une description minutieuse généralement très fidèle et qui mieux que toute autre me paraît reproduire les types principaux ; je la suivrai d'une façon générale, me réservant pourtant de discuter certains points particuliers.

C'est ainsi que je séparerai la roséole et la syphilide maculeuse dont Parrot fait deux termes synonymes.

Roséole. — Certains auteurs semblent avoir admis la roséole par analogie avec ce qui se passe dans la syphilis acquise, mais d'autres ont véritablement observé au début de la syphilis héréditaire un exanthème que Diday décrit comme formé de « taches d'un rose vif, limitées, irrégulièrement arrondies, d'une largeur variable, siégeant de préférence au ventre, au bas de la poitrine, au cou et à la face interne des membres ». D'après Trousseau, « la roséole est habituellement la première éruption qui se manifeste chez le nouveau-né ; elle se développe rapidement et disparait de même ». J. Simon (1) décrit aussi la roséole comme une éruption d'une durée éphémère parcourant son cycle en 24 ou 36 heures ; « ce qui explique, ajoute-t-il, comment elle échappe souvent à l'observation des parents et du médecin ».

Par contre, d'autres observateurs se refusent à admettre que la roséole puisse avoir une existence aussi fugace, et lui assignent une durée de plusieurs septenaires (Parrot) ou au moins d'un septenaire (P. et E. Diday).

Quelques-uns mêmes ont été jusqu'à nier complètement l'existence de la roséole, et ont dit qu'un enfant présentant une roséole commune devait être tenu pour suspect d'une syphilis acquise (Charpy, Violet, etc.).

La question est certainement difficile à juger et ne

(1) Voir *Progrès médical*, n° 49.

(1) J. Simon. *Conférences thérapeutiques et cliniques sur les maladies des enfants*, 1880, t. I. p. 297.

pourrait être résolue que par un examen portant sur un grand nombre d'enfants syphilitiques : Je crois cependant que l'on doit tenir compte de deux remarques qui jusqu'ici n'ont pas été, que je sache, suffisamment mises en lumière. 1° Parmi les auteurs qui admettent, dans la syphilis héréditaire, l'existence de la roséole (avec les caractères indiqués plus haut), la plupart la considèrent comme étant au moins très rare ou même exceptionnelle: cela semble assez étrange pour une éruption que l'on prétend comparer à la roséole de la syphilis acquise, laquelle est, pour ainsi dire, de règle. 2° On voit assez souvent, chez des enfants qui ne sont nullement syphilitiques, des éruptions rosées offrant les caractères que l'on assigne à cette roséole et qui sont en rapport, soit avec des troubles gastro-intestinaux, soit avec la dentition, ou dont la cause échappe complétement. Je connais, pour ma part, plusieurs enfants qui ne sont jamais devenus syphilitiques et chez lesquels j'ai constaté dans les premiers mois de la vie des éruptions de ce genre : ils les ont eues, bien que non syphilitiques; ils auraient pu les avoir, quoique syphilitiques, et sans qu'on fût en droit d'en faire un symptôme de syphilis.

En somme, les éruptions décrites sous le nom de roséole dans la syphilis héréditaire me paraissent être de nature diverse, et l'on doit en distinguer plusieurs variétés : les unes sont des éruptions banales, n'ayant rien à faire avec la syphilis, les autres sont des formes plus ou moins atténuées de ce qui sera décrit tout à l'heure sous le nom de syphilide maculeuse ; elles paraissent en même temps que d'autres symptômes de la syphilis (coryza, etc.) ; enfin, dans quelques cas qui paraissent d'ailleurs être assez rares, l'éruption serait d'emblée générale, rapide dans son évolution, très fugace, et précéderait d'un certain temps l'apparition des autres symptômes; c'est à cette troisième catégorie qu'il conviendrait de réserver plus spécialement le nom de roséole. De nouvelles observations sont, je crois, nécessaires pour en fixer la valeur d'une façon positive.

Syphilide maculeuse. — Constituée par des taches sans saillie, la syphilide maculeuse est la forme la plus superficielle des éruptions de la syphilis héréditaire. Elle apparait non pas d'emblée et tout d'un coup, comme l'ont dit à tort quelques auteurs, mais par poussées successives, de sorte que l'on peut voir les unes à coté des autres des taches d'âge différent. Ces taches sont arrondies et présentent une largeur variable, atteignant souvent, mais dépassant rarement un centimètre : la coloration au début est tantôt foncée, d'un rouge sombre ou violacé, tantôt pâle, d'un rose saumon tirant sur le jaune, avec tous les intermédiaires possibles ; quelquefois elles sont tellement pâles qu'on a peine à les distinguer; on peut cependant les rendre plus apparentes en exerçant sur la peau quelques frictions, et mieux encore comme le conseille Parrot, en faisant crier l'enfant, ce qui a pour résultat d'amener sous l'influence de l'effort une coloration plus intense de la peau. A ce moment d'ailleurs, même lorsqu'elles sont foncées, les taches s'effacent généralement sous la pression du doigt; plus tard, elles deviennent plus ou moins brunatres, comme enfumées et ne disparaissent pas ; la pression aurait plutot pour résultat de les rendre plus apparentes, en faisant pâlir la peau autour d'elles.

Elles sont d'abord rares et peu nettes, puis à mesure qu'elles augmentent de nombre, deviennent plus larges et plus foncées : elles paraissent d'abord sur les membres inférieurs, particulièrement sur les fesses et les cuisses, et c'est là aussi qu'elles deviennent surtout confluentes ; plus tard elles se montrent à la face, spécialement au voisinage du menton et du cou; enfin sur le tronc, mais elles y sont toujours plus discrètes et plus tardives. Il faut plusieurs jours, et généralement au moins un septenaire pour que cette évolution soit complète. Une fois développée, l'éruption persiste pendant plusieurs septenaires, en subissant les modifications indiquées plus haut et disparait peu à peu en persistant cependant plus longtemps dans les points qui ont été les plus atteints. D'autres fois, les taches se transforment au moins en partie, en d'autres éruptions ; c'est ainsi que souvent on les voit devenir papuleuses.

La syphilide maculeuse, lorsqu'elle est bien caractérisée, ne ressemble à aucune autre éruption et les erreurs de diagnostic ne paraissent guère possibles que dans les cas où l'éruption est récente, formée de taches roses ou rouges : on peut la confondre par exemple avec une *roséole simple*, telle qu'on en voit parfois chez les nouveau-nés : mais cette roséole simple est d'emblée généralisée, formée de taches plus abondantes, plus cohérentes et aussi plus rouges; elle disparait d'ailleurs rapidement sans laisser de traces.

La *roséole vaccinale* est aussi formée de taches rosées ou rouges, affectant surtout les membres supérieurs, au voisinage du vaccin, durant seulement quelques heures, ou au plus un jour ou deux.

Certaines variétés d'érythème des fesses peuvent aussi prêter à la confusion; j'y reviendrai plus loin.

Syphilide en plaques ou *papuleuse*. Plus tardive dans son apparition, elle peut se présenter sous des aspects très divers, au milieu desquels on retrouve cependant comme caractère commun, un épaississement plus ou moins notable de la peau. Habituellement, l'éruption est formée de plaques circulaires, larges d'un centimètre ou meme un peu plus, saillantes d'un ou deux millimètres, offrant quelquefois une dépression centrale bordée d'un bourrelet périphérique. La coloration est généralement d'un rose violacé, allant jusqu'à l'hortensia ou au rouge sombre ; d'autres fois, elle est d'un jaune abricot, ou même grise.

La surface des plaques est tantôt mate et un peu inégale, rugueuse, couverte d'une cuticule assez épaisse, ou de petites écailles furfuracées ; d'autres fois au contraire, lisse, luisante, couverte par un épiderme excessivement mince, et formant des plis très fins, parallèles entre eux. Presque toujours alors, on voit, soit sur la plaque elle-même et à sa périphérie, soit à la base et sur la peau qui la porte, une collerette blanche très régulièrement circulaire, d'un ou deux millimètres de large, formée par la couche cornée de l'épiderme séparée du corps muqueux de Malpighi et desséchée (Parrot).

Chez les enfants cachectiques dont la peau, avant l'éruption, était décolorée, parfois œdémateuse, les plaques exanthématiques présentent aussi une apparence terne comme torpide ; elles font une faible saillie, sont peu colorées d'un gris jaunâtre, rose pâle à la périphérie.

L'éruption se produit assez rapidement, mais non pas en même temps sur toutes les régions du corps ; elle présente d'ailleurs, suivant les points qu'elle occupe, quelques caractères un peu spéciaux qu'il est important de connaitre.

Aux membres inférieurs, où l'éruption est à la fois plus précoce et plus abondante, et aussi plus lente à diparaitre, elle affecte plus particulièrement les cuisses et le voisinage des genoux ; elle se présente sous forme

de taches rouges ou brunâtres, assez épaisses, et coïncide souvent avec une syphilide maculeuse, développée antérieurement. Presque aussi souvent, et en même temps, la face est affectée : au menton, les plaques sont abondantes, souvent même confluentes ; elles sont relativement peu saillantes et présentent une coloration comparable à celle de l'abricot ; elles sont souvent assez brillantes, et plus faciles à voir lorsqu'on regarde la peau de profil, à contre-jour ; d'autres fois elles sont un peu squameuses, comme recouvertes d'une fine poussière épidermique.

Sur le front, elles peuvent être disséminées sans ordre, mais elles se voient surtout dans les sourcils et plus spécialement à l'extrémité interne de ceux-ci ; elles sont en ce point rugueuses, grisâtres, recouvertes d'une couche de petites écailles furfuracées, et d'autres fois de lamelles plus épaisses, arrivant à former une sorte de croûte grise ou brunâtre. Elles ne dépassent presque jamais la ligne d'implantation des cheveux. Sur le cuir chevelu, elles sont rares et peu saillantes.

Sur les organes génitaux, et particulièrement sur le scrotum, elles sont au contraire très saillantes et pas aussi nombreuses qu'on pourrait le penser. Sur les membres supérieurs et sur le tronc, elles manquent le plus souvent, ou sont en très petit nombre.

Plaques muqueuses.— Sous l'influence de certaines causes d'irritation, telles que les frottements répétés, l'humidité habituelle de la région, les plaques qui viennent d'être décrites, peuvent subir une transformation qui modifie leur aspect et les fait ressembler beaucoup à la lésion décrite chez l'adulte sous le nom de plaques muqueuses ; elles sont plus saillantes, sont limitées par des bords plus nets ; leur surface, d'un gris spécial, quelquefois un peu jaunâtre, est humide et suintante.

En outre, lorsque deux surfaces cutanées sont en contact, comme au pli génito-crural, à l'aisselle, etc. ; si l'une est le siège d'une plaque humide, on voit bientôt apparaitre une autre plaque semblable sur la surface opposée dont l'épiderme est constamment baigné et pour ainsi dire macéré par la sécrétion irritante.

Au moment de leur apparition, les plaques muqueuses ne diffèrent guère de celles de l'adulte ; mais bientôt, elles subissent à leur tour des modifications qui en changent l'aspect, et peuvent prendre des formes variées en rapport avec le siège spécial qu'elles occupent. Sur certains points, elles s'ulcèrent et donnent lieu à la formation de gerçures, de fissures, de rhagades plus ou moins profondes, saignantes et croûteuses ; ailleurs, elles subissent une hypertrophie condylomateuse et peuvent ultérieurement s'ulcérer.

Les plaques muqueuses peuvent se produire dans toutes les régions où deux surfaces cutanées se trouvent en contact et dans les points où des frottements répétés et l'existence d'une humidité habituelle, entretiennent une irritation constante ; elles ont ainsi certains sièges de prédilection dont la connaissance est très importante pour le diagnostic.

A la face, on les observe plus spécialement au voisinage des orifices (bouche, narines, fentes palpébrales). Les lèvres des enfants syphilitiques présentent souvent des fissures dont l'existence a pour le diagnostic une grande valeur, mais ces fissures se trouvant sur la muqueuse, je me réserve de les étudier plus tard en détail ; pour le moment, je signale surtout les plaques muqueuses qu'on peut voir au niveau des commissures : au début, elles sont allongées et intéressent à la fois la peau et la muqueuse ; mais seulement dans l'étendue de quelques millimètres. Plus tard, elles se prolongent plus ou moins loin sur la peau et s'étendent jusqu'à la joue ou au voisinage du nez ; elles se prolongent toujours beaucoup moins du côté de la muqueuse. D'ailleurs, même dans les cas les plus légers, elles saignent facilement, sont très douloureuses et sont difficiles à guérir, en raison des tiraillements auxquels elles sont constamment soumises.

Au nez, elles occupent le sillon sous-nasal, ou le sillon naso-labial, dans la direction duquel elles s'étendent dans les cas graves, soit vers les lèvres, soit vers l'angle interne des paupières. Aux yeux, elles sont surtout fréquentes à l'angle externe des paupières, sont souvent limitées à ce point, et offrent une forme allongée, fissuroïde. D'autres fois cependant, il en existe aussi à l'angle interne et même sur une partie plus ou moins grande de la paupière inférieure, ou encore dans le pli que forme au-dessous du sourcil la paupière supérieure. Enfin elles ne sont pas très rares dans les sourcils, et parfois même occupent tout l'espace qui s'étend entre les deux sourcils et la naissance du nez.

Il peut paraître assez singulier de voir des plaques muqueuses se développer ainsi sur des surfaces plates ; mais il ne faut pas oublier que chez les enfants syphilitiques, le nez, les paupières et la bouche laissent couler d'une façon continuelle des produits irritants ; aussi est-ce surtout au voisinage de ces orifices que se trouvent groupées les plaques muqueuses. Sur la face aussi, elles présentent un caractère particulier : elles sont souvent couvertes de croûtes d'un jaune verdâtre, ou bien brunâtres, parfois sanguinolentes. Ces croûtes sont tantôt assez friables, tantôt au contraire solides, adhérentes, comparables à celles du rupia : dans certains points, elles s'accumulent parfois en masses si volumineuses que la face est complétement déformée, et offre un aspect absolument repoussant.



Fig. 62. — Plaq[illegible]e.

On trouve encore fréquemment des plaques muqueuses dans le sillon mentolabial, où suivant l'expression de Diday, elles trahissent la syphilis à première vue, même à distance.

Un autre siège très fréquent, et sur lequel l'attention ne me parait pas avoir été suffisamment attirée, est le pli demi-circulaire qui sépare du crâne le pavillon de l'oreille ; elles n'occupent pas toute la longueur de ce pli, mais spécialement l'extrémité antéro-supérieure ; de là elles se prolongent en arrière dans une étendue variable, mais qui ne dépasse guère deux ou au plus trois centimètres. On les voit beaucoup plus rarement à l'extrémité inférieure, et presque jamais dans le seg-

ment postéro-inférieur. Cette particularité a une certaine importance ; car dans ce dernier point on voit souvent chez les enfants mal tenus survenir des rougeurs ou même des érosions qu'il ne faut pas prendre pour des accidents syphilitiques. La *plaque muqueuse auriculaire*, je le répète, occupe la partie supérieure du repli, celle où chez l'adulte, on voit quelques personnes poser un crayon ou une plume. Le conduit auditif externe peut aussi être le siège de plaques muqueuses qui donnent naissance à un écoulement (*fig.* 62). Enfin on en voit quelquefois aussi sur le crâne spécialement à la partie postérieure, plus exposée aux frottements.

Au cou, on peut les observer au niveau des plis. De même aussi, on peut les trouver dans les aisselles, dans les plis génito-cruraux, dans les espaces interdigitaux, à l'ombilic.

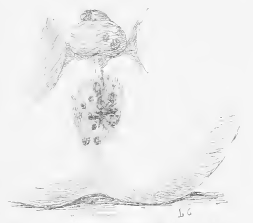


Fig. 63. — Plaques muqueuses de l'anus (1).

Fréquemment, ainsi qu'on devait s'y attendre, elles occupent les régions ano-génitales : à l'anus, elles affectent souvent une disposition radiée, en cocarde (Natalis Guillot) et sont là assez nombreuses au contact même de l'orifice anal, mais disparaissent assez rapidement à 2 ou 3 centimètres de cet orifice. Sur le scrotum, elles sont plus ou moins nombreuses, assez souvent discrètes, mais larges, et surtout végétantes, condylomateuses, quelquefois ulcérées (*fig.* 63) ; il n'est pas rare d'en voir sur le prépuce, au niveau même de l'orifice de ce repli. Chez la petite fille, c'est sur les grandes lèvres qu'on les observe, particulièrement à la partie inférieure, où elles sont arrondies, végétantes, et d'autres fois à la fourchette, où elles ont plutôt l'apparence d'une fissure. (*A suivre*).

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Faculté de médecine de Karkow.* — M. le Dr Popow, privat-docent, est nommé professeur extraordinaire d'anatomie.

SOCIÉTÉ DES BRANCARDIERS MARINIERS. — Dimanche dernier, [illegible], à la salle Louis-le-Grand, sous la présidence de M. Jacques, président du Conseil général, assisté du Dr Ch. Floquet, un concert au profit de la Société des Brancardiers-Mariniers. Cette Société, fondée par M. le Dr Ozant d'Entremart a pour but, en temps de guerre, de mobiliser tous les [illegible] et [illegible] disponibles, et de [illegible] transporter par voie fluviale les blessés et les malades dans le cas où les ponts seraient rompus ou les routes obstruées. Ce concert, organisé avec le plus grand goût et auquel les artistes les plus distingués de l'Opéra et de l'Opéra-Comique avaient prêté leur gracieux concours, était fort intéressant. Mais nous aurions préféré assister à la distribution des prix de l'École fondée par cette Société et qui a eu lieu il y a quelque temps à la Mairie du IVe arrondissement. Nous aurions pu donner sur le fonctionnement de cette œuvre des détails intéressants. Malheureusement nous n'avons pas été prévenus. A. R.

---

(1) Ces figures et celles qui suivent ont été dessinées par un externe de mon service, M. Cocquelet.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les recherches d'Embryologie humaine en France.

A l'époque où fut édité le *Manuel d'Embryologie humaine et comparée* de Ch. Debierre, il y a bientot deux ans, nous avions déjà eu l'intention de publier les quelques lignes qui vont suivre. Cette idée, un peu prétentieuse au premier abord, de rappeler aux médecins et aux étudiants français qu'il existe une science qui porte le nom d'Embryologie, nous vint jadis en assistant aux leçons de notre cher maitre, M. le Pr Mathias Duval à l'Ecole d'Anthropologie. Mais on nous pardonnera de découvrir à nouveau le Pérou... et l'Embryologie, quand on saura dans quel but nous le faisons. En tous cas, que d'avance les lecteurs ne condamnent pas le ton voulu de cet article, puisque nous n'y voulons traiter que de la partie la moins aride de cette belle science. Nous en profiterons pour faire connaitre et analyser en quelques mots le magnifique atlas que M. Mathias Duval vient de faire paraître tout récemment sur l'Embryologie du poulet. C'est là d'ailleurs une des principales raisons pour lesquelles paraît aujourd'hui ce bulletin.

Il faut que l'on sache en France que l'Embryologie est une science fort délaissée de nos étudiants, peu appréciée, ce qui est plus regrettable encore, par la plupart de nos maîtres (nous ne parlons pas des Facultés des Sciences ni du Collège de France) et que, d'autre part, à nos côtés, à l'ouest comme à l'est, elle est fort en honneur. Il faut le répéter pour qu'on y prenne garde ; il ne faut pas que, chez nous, l'une quelconque des sciences, surtout lorsqu'il s'agit de l'une des plus importantes, soit ainsi négligée, considérée, de parti pris, comme inabordable aux médecins, alors que nos voisins en portent bien haut le drapeau. C'est tout simplement une question de patriotisme, sur laquelle il nous parait oiseux d'insister davantage. Si, comme le disait récemment Pasteur, la science n'a pas de patrie, les savants ne peuvent pas oublier qu'ils doivent en avoir une et contribuer à sa gloire.

Si tout étudiant ne peut être un embryologiste consommé, tout le monde cependant reconnaîtra que lui, plus tard et mieux que tout autre, pourra contribuer dans une certaine mesure aux progrès de l'Embryologie : car ce sont les médecins surtout, en ce qui concerne l'Embryologie de l'homme si inconnue encore aujourd'hui, qui peuvent rendre les plus grands services. Que faut-il en effet pour se livrer à de telles études ? Des embryons jeunes, fort jeunes, à peine ébauchés, à peine embryons pourrait-on dire ; et le difficile, c'est de s'en procurer. L'on n'ignore pas, en effet, que de tels sujets sont fort rares, que l'on ne possède que quelques spécimens d'embryons humains ayant moins d'un mois (et encore dans quel état sont-ils ?), que l'on n'en connait pas de moins de dix jours.

C'est parce que nous avons été bien des fois frappé du manque absolu de ces matériaux d'études pour l'Embryologie humaine que nous nous sommes demandé s'il n'y aurait pas moyen d'y porter remède, d'essayer de trouver quelques-uns de ces introuvables embryons, aussi rares qu'intéressants. Nous avons pensé qu'en

nous adressant aux praticiens de France, aux prises chaque jour avec des avortements pathologiques dûs à une cause quelconque, en relation avec de nombreuses sage-femmes qui peuvent parfois les aider dans leurs recherches, nous avons pensé qu'en les priant d'examiner avec soin les caillots expulsés, de recueillir et de conserver dans de bonnes conditions les produits de la conception qu'ils peuvent ainsi rencontrer, on pourrait peut-être obtenir un certain résultat et rendre un réel service aux laboratoires qui ne savent comment se procurer de tels objets d'études. C'est pourquoi nous n'avons pas cru inutile de le dire et d'attirer l'attention des médecins sur ce point. Nous plaidons, bien entendu, la cause de la science pure; mais parfois elle intéresse le praticien isolé : peut-être nous saura-t-il gré de lui indiquer l'usage qu'il doit faire des raretés qu'il peut avoir la bonne fortune de rencontrer et de montrer qu'il peut contribuer, dans une très notable mesure, aux progrès de la science. Il lui suffit d'un peu d'attention. Certes, nous ne nous faisons pas d'illusion sur la valeur d'un tel procédé, sur un semblable appel au peuple... médical ; mais il se perd à Paris et ailleurs tant d'embryons par an qu'on peut bien avoir le désir d'en voir récolter quelques-uns.....

Ce sont surtout les médecins praticiens qui peuvent recueillir ces matériaux d'études destinés aux laboratoires spéciaux; car pour l'Embryologie humaine (qu'on ne l'oublie pas et qu'on nous pardonne d'y insister), on se procure les sujets d'une façon toute différente que pour l'embryologie comparée. Evidemment, si dans nos hôpitaux, les autopsies étaient toujours pratiquées avec la plus grande minutie et beaucoup de patience, comme en Allemagne, si l'attention des médecins légistes était attirée sur ce point lors des nécropsies faites à la Morgue, on finirait bien, comme les Allemands, par faire à ce point de vue quelque trouvaille importante, par découvrir dans quelques utérus ces tout jeunes embryons, raretés inappréciables, qui font la joie et l'honneur des embryologistes d'outre-Rhin. Malheureusement nous ne trouvons rien, car nous ne cherchons pas, et l'embryologie humaine n'a fait en France aucun progrès depuis longtemps.

Si à Paris un embryon ayant quelqu'intérêt était rencontré par hasard par un médecin accoucheur, appelé lors d'une fausse couche, par un anatomo-pathologiste ou un médecin légiste lors d'une autopsie, on saurait parfaitement à qui s'adresser pour que ce qui vient d'être recueilli avec soin ne soit pas perdu ; de suite on le remettrait à un savant compétent. Mais, en province, il n'en est plus ainsi ; on ne sait comment conserver sa trouvaille, à qui l'adresser pour qu'elle puisse être sérieusement utilisée. Aussi croyons-nous être utile à tous les curieux des choses de la nature en leur indiquant que, suivant le conseil de M. Mathias Duval, le meilleur liquide conservateur des embryons est encore l'alcool ordinaire à 36 ; il a du moins l'avantage d'être facile à se procurer en province, à la campagne même, et possède les qualités des autres substances préconisées (1). On n'aura donc qu'à y plonger l'objet à conserver ; il suffira de prendre une quantité d'alcool notablement supérieure au volume de la pièce. Ensuite on l'enverra, avec les documents qui la concerneront, directement au laboratoire d'Histologie normale de la Faculté de médecine, 15, rue de l'Ecole de Médecine, où elle sera reçue, étiquetée, classée et étudiée par M. le professeur Mathias Duval, qui, on le sait, s'occupe spécialement depuis de longues années d'Embryologie humaine et comparée. De cette façon, on sera certain qu'un spécimen curieux ne pourra être égaré et sera utilisé (1).

S'il est important de recueillir un grand nombre d'embryons à différents âges, il faut bien savoir que les plus jeunes sont ceux qui sont le plus primé sur le marché embryologique, et que certains d'entre eux, ayant atteint quelques mois, ne valent presque pas la peine d'être récoltés. Cet article en effet n'a été écrit que pour encourager la recherche des embryons qui ont moins de deux mois ; il serait même plus exact de dire qu'il l'a été surtout pour engager les médecins à recueillir tous ceux qui ont moins d'un mois, mais il ne faut pas demander l'impossible.

Quoiqu'il en soit, tous les embryons qui auront moins de 3 mois seront les bienvenus au laboratoire d'histologie (ces derniers ont une longueur de 10 centimètres environ). Il est bien évident que si un fœtus de 4 ou 5 mois présentait une particularité digne de remarque, il ne faudrait point le laisser perdre ; à plus forte raison s'il s'agissait d'un fœtus monstrueux. Ces derniers, quelque soit leur âge, seront toujours reçus avec empressement au laboratoire : la Tératologie n'est-elle pas qu'une des branches de l'Embryologie générale? On devra les conserver aussi dans l'alcool à 36° ?

La Tératologie comparée est encore une science qui n'est pas bien avancée ; en tous cas, elle l'est bien moins que l'Embryologie comparée. Il est plus facile, n'est-il pas vrai, de se procurer des lapins de 1 ou 2 jours, qu'un veau à deux têtes ! Nous engageons donc aussi les vétérinaires, comme tous ceux qui s'intéressent aux choses de la nature, à adresser au même laboratoire les jeunes animaux monstrueux qu'ils pourraient rencontrer. Ces pièces pourront alors être disséquées, étudiées avec soin, au lieu d'être immergées tout simplement dans un bocal plein d'un liquide conservateur quelconque et d'y séjourner, au fond de la vitrine d'un musée, pour l'unique plaisir de la vue.

Si, par bonheur, il était possible à un observateur de mettre la main sur des embryons aussi jeunes ou plus jeunes que ceux de Reichert, Reuss, W. Jones, Ahlfeld, etc., etc., c'est-à-dire sur un œuf humain de 10 à 15 jours (œuf de 6 mill. environ) ou encore moins âgé, il vaudrait mieux certainement inclure avec précaution leurs embryons entre deux lamelles de verre maintenues écartées l'une de l'autre, au milieu de la glycérine, comme le pratique M. le Pr Mathias Duval pour les em-

(1) Bien d'autres procédés ont été recommandés ; on en trouvera la mention à l'article Embryon (*Dict. Encycl. des Sc. méd.*, p. [illegible]).

Nous n'hésiterons pas à citer la façon de faire de notre maître M. Duval. Une bonne conservation est absolument nécessaire ; sans cela on risque de se donner une peine inutile.

(1) M. le Pr Brouardel disait récemment [illegible] diants avaient bien tort de conserver chez eux des [illegible] qui pourraient, après leur mariage, leur [illegible] et qu'il fallait [illegible] dans les [illegible] taires ! Si les médecins veulent aussi suivre ce conseil, ils [illegible] les [illegible] qu'ils ont [illegible].

bryons de lapin, en attendant qu'il ait le loisir plus tard de les découper, cellule par cellule pour ainsi dire. Inutile de recommander de telles trouvailles à toute l'attention des chercheurs ; avoir une telle chance n'est cependant pas impossible. L'astronome Palisa en est bientôt à sa 300e planète ; nous n'avons jamais pu comprendre pourquoi un anatomo-pathologiste n'ait jamais pu, en ce qui concerne les œufs humains, être d'une manière analogue aussi favorisé par le sort !

Chacun sait que les œufs expulsés naturellement sont fort souvent malades et que c'est précisément pour cela qu'il y a fausse-couche ; mais qu'importe, la pathologie de l'embryon est non moins intéressante, on le comprend facilement, que son anatomie.

Une bonne récolte d'embryons, jeunes ou vieux, normaux, pathologiques ou monstrueux, une récolte suffisante de monstres plus ou moins âgés étant faite, ces matériaux seront utilisés de la même manière que les embryons des animaux, Oiseaux ou Mammifères, qu'on a pu fort heureusement étudier déjà à une période beaucoup plus précoce. Ceux qui voudront se rendre compte de la façon dont on procède aujourd'hui au laboratoire de M. Duval pour ces sortes de travaux n'auront qu'à lire les quelques pages d'introduction de l'atlas qu'il vient de publier sur l'Embryologie du poulet ou ses mémoires antérieurs. Nous n'insistons pas; mais nous devons dire que récemment M. Duval a profondément modifié sa manière de pratiquer les coupes et de les conserver. Ce nouveau procédé sera sans doute décrit dans le nouvel atlas qu'il publiera bientôt, nous l'espérons, sur l'embryologie du lapin ; qu'il nous suffise d'annoncer qu'il est dû à l'emploi du microtome oscillant et de l'inclusion dans la paraffine. De cette façon, on parvient à ne perdre aucune coupe ; toutes sont fort belles, quand on est habitué au maniement de l'instrument, et très fines. Grâce à elles, qu'elles soient faites en long ou en travers, on peut, en les superposant, reconstruire en entier l'embryon. On pourrait presque compter les cellules qui le constituent. Sur une seule lamelle de microscope ordinaire, on peut en placer une cinquantaine, unies les unes aux autres par de la paraffine. La pratique de ces coupes donne des résultats vraiment merveilleux. Mais nous avons déjà trop insisté sur les procédés employés ; voyons ce qu'ils ont déjà donné et, pour terminer, montrons ce que contient l'atlas de M. le Pr Duval.

D'abord, cet ouvrage est conçu sur un plan tout nouveau ; les faits observés par notre savant maitre ne sont pas décrits, mais placés directement sous les yeux, sans dissertation ni exposé de vues théoriques. Il n'y a là que des successions de faits, avec les rapports et les enchaînements qu'ils présentent. Les traités d'embryologie spéciale sont si obscurs, contiennent des descriptions si compliquées et si difficiles à suivre que M. Duval a rendu un service considérable aux jeunes embryologistes en dessinant lui-même et faisant graver toutes ses préparations. Ceux qui ont pris goût à ces études délicates savent quels en sont les ennuis, quelle importance a la technique employée dans de tels travaux ; aussi seront-ils heureux maintenant qu'ils possèdent de précieux points de repère, qu'ils peuvent se reconnaitre facilement dans les coupes pratiquées, en se reportant aux patrons si bien collectionnés dans cet atlas, unique en son genre.

On comprend quel labeur il a fallu pour représenter ainsi l'ensemble des phénomènes des formations communes à l'ensemble des Vertébrés, en prenant comme type le développement du poulet. Qu'on songe seulement qu'il y a plus de 650 dessins consacrés à l'évolution de l'œuf, depuis la fécondation jusqu'au huitième jour! Nous ne pouvons, bien entendu, signaler ici les faits intéressants que montrent ces figures; qu'il nous suffise de mentionner que deux planches représentent la structure de l'œuf, sa segmentation et la formation du blastoderme; que six d'entre elles sont réservées à la configuration extérieure de ce blastoderme, et que les autres sont destinées à l'étude de la constitution de l'embryon. Le feuillet moyen, sur toutes ces planches, est tiré en rouge pour faciliter leur lecture ; mais c'est tout ce qu'il y a de schématique dans l'ouvrage.

Cet atlas, surtout destiné aux laboratoires, a été disposé d'une manière très pratique ; l'on doit en savoir gré à M. Duval et aussi à M. Masson, qui a édité ce travail avec tant de soin ; on ne publie pas un tel volume, de placement aussi difficile, sans s'imposer de grands sacrifices. C'est donc un ouvrage qui fait le plus grand honneur à la science française, à son auteur et à son éditeur. Nos lecteurs nous pardonneront de ne l'avoir pas laissé passer inaperçu, malgré la nature du sujet. Oui, certes, tous ceux qui goûtent l'attrait des recherches délicates auront autant de plaisir à feuilleter cet atlas que M. Duval en a eu à exécuter ces beaux dessins ; le savant professeur peut en être convaincu. S'il est vrai qu'il faut une compétence spéciale dans la technique histologique, une patience admirable pour se livrer à de telles études, il serait à souhaiter pourtant que l'apparition de cet atlas, dû à l'un de nos maitres les plus aimés, développât chez nous le goût des investigations embryologiques; car à ce point de vue, ne l'oublions pas, l'étranger nous précède encore dans la voie du progrès. Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 *décembre* 1888.—Présidence de M. Daubrée.

M. Panas étudie l'*action sur l'œil des inhalations de chlorure d'éthylène pur*. Contrairement à l'opinion de M. Raphaël Dubois, il croit que : 1° le trouble de la cornée provoqué par les inhalations du chlorure d'éthylène provient d'une infiltration séreuse du parenchyme de cette membrane ; 2° le mécanisme de l'œdème du tissu cornéen dépend de la destruction, par le chlorure d'éthylène. de l'endothélium de la cornée, lequel seul protège la cornée contre l'envahissement de l'humeur aqueuse. M. Panas ajoute qu'il n'a jamais constaté de glaucome à la suite de ces inhalations, qu'il n'a jamais vu la cornée se dessécher avant de s'hydrotomiser ni la secrétion de l'humeur aqueuse se trouver primitivement tarie.

M. le Prince Albert de Monaco décrit la *forme de la tête d'un Cachalot des Açores*.

M. Arm. Gauthier étudie l'*action du sulfure de carbone sur les argiles et la production de l'oxysulfure de carbone*.

M. Giard indique que le *Parasite de la sardine* décrit

récemment par M. Joubin est la [illegible] de la famille des [illegible].

M. Saint-Remy adresse une note sur le [illegible] des *Aranéides*.

Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 8 décembre 1888. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M. Gley rappelle qu'en excitant le bout central du sciatique sectionné on produit ordinairement une *sécrétion réflexe de la glande sous-maxillaire*. Or, il a remarqué que lorsque cette glande était elle-même en hypersécrétion au moment de l'expérience, soit par l'effet de la pilocarpine, soit par l'excitation de la corde du tympan, l'aide réflexe sécrétoire ne se produisait plus. L'hypersécrétion venant de avoir cessé, l'excitation du sciatique sortait alors tous ses effets ordinaires. On peut en conclure que lorsqu'un organe est en état d'activité, l'excitation nerveuse tend à le mettre en état inverse.

M. Brown-Séquard. — Ce sont là des faits inhibitoires analogues à ceux qui se produisent par exemple lorsqu'on provoque l'arrêt de la sécrétion urinaire dans le rein droit, en liant le pédicule du rein gauche.

M. Ch. Féré. — Cl. Bernard le premier avait émis l'opinion que lorsqu'on excite un nerf on met l'organe auquel il se rend dans un état inverse de celui où il se trouvait avant l'excitation du nerf.

M. Babinski. — Dans la séance du 18 décembre 1886 j'ai lu devant la Société un travail sur les *muscles striés*. Mes recherches sur leur structure se résumaient ainsi: Il existe dans les muscles striés normaux des faisceaux ayant une apparence tout à fait spéciale et constitués comme il suit: à la périphérie, une gaine de tissu conjonctif présentant la structure lamelleuse des nerfs; dans l'espace délimité par chacune de ces gaines, on voit: 1° un groupe de 3 à 7 fibres musculaires striées, d'un diamètre plus ou moins considérable, mais de beaucoup inférieur à celui des fibres qui se trouvent dans les autres parties du muscle; 2° des fibres nerveuses à myéline. Depuis la publication de ce travail, M. Roth de Moscou, a fait insérer dans le *Centralblatt für Deut. med. Wissenchaften*, 1887, n° 8, une note dans laquelle il signale les mêmes faits. Cette note qu'est que la traduction d'une communication qu'il avait faite en 1880 à la Société de médecine de Moscou, note qui n'avait été reproduite dans aucun journal ou ouvrage étranger et qui, comme le remarque M. Roth lui-même, n'avait été mentionnée par personne. Je pouvais donc ne pas la connaître. Mais le fait qui m'intéresse est surtout le suivant. M. Eichhorst a publié dans les *Archives de Virchow* un travail sur la paralysie alcoolique où il mentionne dans les muscles paralysés la présence de figures semblables à celles qui ont été signalées par M. Roth et par moi et qu'il rattache à la névrite alcoolique. L'auteur a commis là une erreur absolue en rapportant une disposition tout à fait normale à un état pathologique.

M. Nocard a inoculé avec le virus de la *Clavelée* un lot de mouton breton qui tous sont restés indemnes. Dans un autre lot où la clavelée s'était développée, tous les moutons périrent, sauf deux animaux de l'espèce bretonne. Il y a là une communauté analogue à celle que M. Chauveau a signalé pour les moutons algériens par rapport au charbon. Les moutons bretons sont vifs, très rustiques: leur toison est rude et noire.

M. Giard rappelle que Darwin avait déjà signalé que les bestiaux à toison blanche résistaient beaucoup moins que les autres aux affections contagieuses.

M. Brown-Séquard. — Les lapins noirs sont de tous ceux qui résistent le moins aux inoculations. Lors de la retraite de Russie, les hommes du Midi, bruns, résistèrent beaucoup mieux que les hommes du Nord, blonds.

M. Galippe. — M. Landouzy paraît avoir démontré qu'à Paris au moins, les blonds sont beaucoup plus exposés à la tuberculose que les bruns.

M. Nocard. — La clavelée fait pourtant des ravages sérieux parmi les moutons solognots, qui sont très rustiques et très pigmentés.

M. Dupuy. — La phtisie règne avec une très forte intensité sur les populations de l'Amérique du Sud qui sont également très-brunes.

M. Critzmann, ayant étudié l'action du *Naphtol sur la blennorrhagie*, dit que le napthol α est bien plus actif que le napthol β, mais que ni l'un ni l'autre ne détruisent le microbe dont ils atténuent uniquement le volume. Par contre, le napthol est très utile dans les balanites, les balano-postites et, en somme, dans toute les suppurations non spécifiques du gland ou du vagin.

M. Roger. — M. Budin a pourtant employé le napthol avec succès dans l'ophthalmie blennorrhagique.

M. Critzmann. — Certainement, mais M. Budin employait concurremment le nitrate d'argent.

M. Kaufmann décrit un procédé d'*inscription graphique de la sécrétion salivaire chez le cheval*.

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 11 décembre 1888. — Présidence de M. Hérard.

L'Académie tient sa séance publique annuelle sous la présidence de M. Hérard.

M. Proust lit son rapport sur les prix décernés en 1888.

M. Bergeron prononce l'éloge de M. Mélier.

Prix de l'Académie : 1.000 fr. L'Académie ne décerne pas le prix, mais accorde les récompenses suivantes : 400 fr. à *M. Sarda* (de Vincennes) ; 400 fr. à *M. Friot* (de Nancy); 200 fr. à *M. Jacquemart* (de Paris).

Prix Amussat : 900 fr. Le prix n'est pas décerné. Une mention honorable, avec 500 fr., est accordée à *M. Rodet* (de Paris).

Prix Barbier : 2.000 fr. Le prix n'est pas décerné; l'Académie accorde à titre d'encouragement: 1,000 fr. à *M. F. Roux* (de Paris); 500 fr. à M. *E. Goubert* (de Paris).

Prix Buignet : 1.500 fr. *MM. Hardy* et *Calmels* (de Paris).

Prix Capuron : 1.000 fr. *M. Duhoureau* (de Cauterets).

Prix Civrieux : 800 fr. *M. Descourtis* (de Paris).

Prix Daudet : 1.000 fr. Le prix est ainsi partagé : 600 fr. à *M. H. Feulard* (de Paris); 400 fr. à *MM. Marfan* et *Toupet* (de Paris).

Prix Desportes : 1.300 fr. L'Académie accorde les encouragements suivants : 800 fr. à *M. Dupuy* (de Mauriac); 500 fr. à *M. Pottey* (de Paris); une mention honorable à *M. Duroziez* (de Paris).

Prix Falret : 1.500 fr. Un prix de 1.000 fr. est décerné à *M. Raoul Reynier*, interne des hôpitaux de Paris; une mention honorable avec 250 fr. à *MM. Morel Lavallée* et *Bélières* (de Paris); une mention honorable avec 250 fr. à *M. Mabille*.

Concours Vulfranc-Gerdy : Une récompense de 500 fr. à *MM. Boutarel* et *Lamarque*.

Prix Ernest Godard : 1.000 fr. Le prix est décerné à *MM. Lécorché* et *Talamon* (de Paris). Des mentions honorables sont accordées à *MM. Bertrand* et *Fontan* (de Toulon), *Kelsch* et *Vaillard* (de Paris), *Marfan* (de Paris), *Pichon* (de Paris).

Prix de l'hygiène de l'enfance : Un encouragement de 400 fr. est accordé à *M. Dauchez* (de Paris).

Prix Itard : 2,700 fr. L'Académie décerne un prix de 1.700 à *M. Louis Jullien* (de Paris): une mention honorable avec 500 à *M. Duflocq* (de Paris); une mention honorable avec 500 fr. à *MM. de Saint-Germain et Valude* (de Paris).

Prix Laval : 1,000 fr. *M. Foveau*, étudiant en médecine.

Prix Meynot : 2.600 fr. L'Académie décerne un prix de 2.000 fr. à *M. Châtellier* (de Paris); un prix de 600 à *M. Ricard* (de Paris).

Prix A. Monbinne : 1,500 fr. *M. Leloir* (de Lille); mention très honorable à *MM. Filleau* et *Léon Petit* (de

(Paris); mentions honorables à *MM. Bouvet* d'Amplepuis) et *Bordas* (de Paris).

Prix Orfila : 4,000 fr. *M. Maurice Kaufmann* (d'Alfort); mention honorable à *M. Barbancey* (de Montpon-sur-l'Isle).

Prix Oulmont : 1,000 fr. *M. Girode* (de Paris).

Prix Pourat : 900 fr. Un encouragement de 600 fr. à *M. Gley* (de Paris) et un encouragement de 300 à *M. Albert René* (de Nancy).

Prix Saint-Paul : (25,000 fr.). Trois prix d'encouragement de 1000 chaque, sont accordés à *MM. Cousol* (de Bruxelles), *Renou* (de Saumur), *Thoinol* (de Paris). Des mentions honorables sont accordées à *MM. Cozzolino* (de Naples), *E. Gaucher* (de Paris), *Lancry* (de Dunkerque), *Roulin* (de Paris) et *Robert William Porker*.

Prix Hanski : 1,800 fr. Un prix de 1,200 fr. a été accordé à *M. Arnold Neller* (de Paris) ; Une récompense de 600 fr. a été accordée à *M. Thoinol* (de Paris).

Prix Vernois : 800 fr. *MM. L. Villain, Bascou, Lafourcade, Moulé* et *Merame*. Des médailles sont accordées par les services des épidémies, de l'hygiène de l'enfance, de la vaccine, etc.

Voir aux Varia les prix proposés pour 1889, 1890, 1891 (1).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 12 décembre 1888. — Présidence de M. Polaillon.

M. Aug. Reverdin (de Genève) adresse à la Société une observation de *Pyosalpingite avec perforation de la vessie; laparotomie, suture vésicale ; guérison.*

M. Verneuil dépose sur le bureau les travaux suivants de 1° M. Martinet (Ste-Foie-la-Grande): *Hernie crurale étranglée, résection de 12 cent. d'intestin gangrené, guérison ; — Statistique de ses cas de kélotomie, succès remarquables.* 2° M. Jeannel : 6 *observations d'extirpation des annexes pour salpingo-ovarites ;—Colotomie iliaque en 2 temps* (méthode autrichienne). 3° M. Poulet : *Une observation de plaie pénétrante du crâne et de l'abdomen par transfixion.*

M. de Saboïa dépose, au nom de son chef de clinique, une *observation d'anévrysme de l'artère sous-clavière guéri par les courants continus.*

M. Quénu remet à la Société, au nom de M. Montprofit (d'Angers), une thèse sur les *salpingites et ovarites.*

M. Reynier montre des pièces venant d'un cobaye atteint de tuberculose généralisée à la suite d'une *inoculation d'un grain rhiziforme.* Jusqu'à présent les examens microscopiques n'avaient pu révéler la présence des bacilles de la tuberculose dans ces grains. Le grain rhiziforme, qui servit à cette inoculation, ne montra pas d'ailleurs de bacilles sur des coupes. M. Martin aurait obtenu des résultats analogues.

Suite de la discussion sur les salpingites et leur traitement.

M. Quénu aborde tout d'abord la question de la *pathogénie des salpingites.* La théorie défendue si chaleureusement et avec tant d'amour paternel par M. Lucas-Championnière ne lui parait pas en rapport avec les faits. La bilatéralité des lésions ne prouve rien, ni pour l'une ni pour l'autre théorie. Si l'on admet cette hypothèse de la propagation de l'inflammation par les lymphatiques, on doit bannir du chapitre étiologie des salpingites toutes les altérations du col. En effet, le col n'a pas de relations avec la trompe au point de vue des vaisseaux lymphatiques. De plus, les troncs lymphatiques venus du corps de l'utérus passent assez loin des trompes (Sappey, Poirier). Enfin, le pus n'est jamais collecté dans les parois même de la trompe ; il se trouve dans sa cavité, là où il s'est formé. La théorie opposée, que M. Lucas-Championnière traite d'enfantine, se comprend bien mieux. Est-il donc rare de voir ces sortes d'inflammations des muqueuses se propager de proche en proche? Est-ce que, pour la trompe d'Eustache, les voies respiratoires, les voies digestives, des faits de même ordre ne s'observent pas ? Mais ce sont là choses banales. D'autre part on a trouvé dans le pus de certaines salpingites le gonocoque de Neisser; il y a donc bien eu pénétration septique directe. N'est-il pas possible que certaines parties d'abord malades de la trompe redeviennent saines au bout de quelque temps?

Si la théorie de M. L. Championnière devait être jamais admise, ce serait bien plutôt pour expliquer la propagation des lésions de la trompe à l'ovaire, car la continuité au point de vue des muqueuses est plus discutable pour ces derniers organes. Il se peut que, dans ces cas, les lymphatiques salpingiens et ovariques interviennent. On connait le plexus sous-ovarique.

En ce qui concerne le *côté clinique* de cette question, M. Quénu cite 11 observations de salpingites dont 5 ont été traitées par la laparotomie, à l'hôpital Bichat, chez M. Terrier; chez les autres il a obtenu une amélioration rapide par le repos et les injections vaginales chaudes au sublimé. La grande difficulté est de savoir quand on doit proposer l'opération. Le temps ici ne fait pas grand chose à l'affaire, car dans certaines formes il faut temporiser, alors que dans d'autres il faut intervenir de suite. Dans 4 cas il a enlevé tout ce qui était malade (ovaires et trompes); dans un autre cas, il a simplement ouvert un abcès périutérin sans enlever les annexes.

L'hémorrhagie, quand l'hémostase est faite avec soin, n'est pas sérieuse; on emploiera de préférence, pour le pédicule, les ligatures de soie en chaînes. Il ne lave pas le péritoine, mais pratique le drainage qu'il croit utile ; car dans deux observations il a noté une élévation de température à la suite d'obturation du drain. Dans un cas, après l'ablation des 2 ovaires faite avec grand soin, il a observé des hématémèses supplémentaires. Aux règles suivantes, ayant fait purger l'opérée, celle-ci a eu une hémorrhagie supplémentaire par le rectum. Le mois d'après, les règles sont revenues comme avant l'intervention. Il croit n'avoir pas laissé une parcelle d'ovaire, mais n'en est pas absolument certain.

M. Richelot a fait 6 laparotomies pour des salpingites ; 2 sont mortes de tétanos (épidémie); sans cette malencontreuse complication, elles auraient certainement guéries. Le terme de salpingite lui parait trop restreint. Les deux théories défendues lui semblent admissibles, et s'appliquent à des cas différents. Il n'est pas douteux pour lui que parfois il y a lymphangite d'origine utérine. Le diagnostic manque souvent de précision. Le chloroforme n'est pas indispensable. Ce qu'il faut, c'est poser en conscience les indications de la laparotomie. Le toucher vaginal ne devant être fait chez les jeunes filles vierges, chez ces dernières le diagnostic offre des difficultés spéciales. Il est très facile de confondre une tumeur salpingienne avec une petite tumeur fibreuse; cela lui est arrivé plusieurs fois. L'opération peut être simple (durée une 1/2 heure), s'il n'y a pas d'adhérences; mais elle peut être très difficile, très complexe, dans les cas de tumeurs très adhérentes. Il pratique toujours la suture de la paroi abdominale à trois étages (deux surjets au catgut, l'un sur le péritoine, l'autre sur les aponévroses, une ligne de sutures cutanées au crin de Florence). Il croit ce procédé meilleur pour empêcher l'éventration, qu'il s'agisse d'une ovariotomie ou de toute autre laparotomie (kyste du foie, par exemple.) Les malades qu'il a opérées comme cela depuis un an n'ont aucune tendance à l'éventration et possèdent de bonnes cicatrices. Une fois seulement, il a utilisé le drainage ; il le croit indiqué dans certains cas. Peut-on opérer pendant les règles ? Il ne le croit pas, quoi qu'en dise Lawson-Tait. Dans un cas, il fit une ovario-salpingectomie en pleines règles ; tout allait bien, lorsqu'au milieu du second jour après l'opération, la malade fut prise d'une agitation extrême ; ses règles se supprimèrent, la température monta de 37° à 40°, et la mort survint. A l'autopsie on trouva une congestion très intense des anses péritonéales. On devra donc choisir un autre moment pour opérer.

M. Terrillon lit un rapport sur l'observation suivante de M. Tuffier : *Gastrostomie pour rétrécissement cancéreux de l'œsophage ; digestion de la paroi abdominale par le suc gastrique ; ouverture du ventre; mort par péritonite.*— Homme de 44 ans qui, en avril 1888, fut pris de douleurs, de difficulté pour avaler les aliments et maigrit rapidement. Cathétérisme œsophagien impuissant. Masses dures dans le cou; œsophagotomie externe impossible. Opération le 8 avril 1888. Gastrostomie facile (40 minutes). Sonde uréthrale en caoutchouc n° 22. Liquides bien digérés (lait, etc.). Le 15, orifice stomacal très

(1) Voir page 501.

élargi, plaie excoriée dans une étendue de 4 cent. Pansement à la vaseline boriquée. Agrandissement de l'orifice de plus en plus ; mort. A l'autopsie, on trouva une ouverture au péritoine ayant 8 cent. ; la bouche stomacale avait été bien faite, près de la petite courbure. Epithélioma de l'œsophage avec bride dépendant du corps thyroïde.— Comment expliquer l'*accident*, cause de la mort ? M. Terrillon a déjà publié un fait analogue et, grâce à l'emploi d'un appareil spécial, d'un traitement approprié, son malade a guéri et va bien aujourd'hui encore. Cet accident s'observe rarement après la gastrostomie. Il faut donc des conditions spéciales pour qu'il se produise. Il ne dépend pas de l'étendue de la plaie, ni de la situation de la bouche stomacale, trop rapprochée par exemple de la grande courbure; il n'est pas dû à des contractions violentes de l'estomac déterminant une issue des liquides. S'il est difficile de maintenir ces liquides, ce n'est pas une raison pour qu'ils aient une action aussi destructive. Pour lui, la cause de cette digestion de la paroi abdominale réside dans la qualité spéciale du suc gastrique. Dans le cas qu'il a observé, en effet, et où l'action destructive était très grande, des chimistes ont trouvé que le suc gastrique était trop riche en acide chlorhydrique. La preuve que cette hyperchlorydrie est bien la cause de cette complication, c'est que le traitement par les alcalins à hautes doses à l'intérieur et en topiques sur la plaie (craie préparée, bicarbonate de soude) donne les meilleurs résultats. L'ulcération diminue lorsqu'on agit ainsi ; elle augmente dès qu'on cesse ce traitement. Il croit donc devoir recommander spécialement l'usage de l'appareil construit par Galante pour empêcher la sortie du suc gastrique et celui des alcalins dès qu'on soupçonne le début d'une ulcération au voisinage de la bouche stomacale.

M. M. Sée croit plutôt que cela est dû au procédé opératoire employé. Il recommande de suturer directement la muqueuse stomacale à la peau, de façon à ce qu'il n'y ait point de parties saignantes en contact avec le suc gastrique. Peut-être M. Tuffier n'aurait-il point eu cette complication, s'il avait procédé ainsi. Dans les cas d'anus iliaque, on doit faire de même pour empêcher les matières fécales d'être en contact avec les tissus.

M. Polaillon, qui opère comme le veut M. Sée, a cependant perdu un gastrostomisé dans des conditions identiques à celles décrites par M. Tuffier. Il se rattache donc plutôt à la théorie de M. Terrillon.

M. Terrillon répond à M. Sée que c'est la peau qui s'ulcère la première sous l'action du suc gastrique, au point de mettre les muscles à nus. Son malade était un dyspeptique acide depuis longtemps et non un cancéreux. Celui de M. Tuffier était un cancéreux, mais avait son cancer à la partie supérieure de l'œsophage.

M. Routier a fait récemment une gastrostomie chez un vieux cancéreux. Au bout de quelques jours, constatant un début d'ulcération au voisinage de la bouche stomacale, il employa le traitement de M. Terrillon et vit disparaître les accidents.

M. Auffret (de Brest) lit une observation de *gastrostomie pour un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage*; — *une observation de hernie inguinale étranglée chez un enfant de 20 jours* ; — *un mémoire sur 5 cas d'amputations du pied*.

M. Nimier lit un travail sur l'*action du bruit du tir sur l'oreille et l'ouïe*.

M. Chavasse lit une observation sur un *kyste synovial du cou-de-pied gauche opéré, guéri avec extirpation d'un paquet de veines*.

Elections. — M. Jalaguier est nommé membre titulaire de la Société de Chirurgie, par 17 voix, contre MM. Brun, 4 voix, et Delorme, 3 voix. Nombre des votants, 24.

Marcel Baudouin.

61e CONGRÈS DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS.

Session de Cologne 1888 (Suite) (1).

Section de Laryngologie (fin).

M. Hopmann présente un malade chez lequel, en l'espace de six mois, on a pratiqué deux fois une fistule laryngienne pour *papillome multiloculaire diffus*. Il y a trois ans et demi qu'on l'a opéré pour la dernière fois ; depuis cette époque il n'y a pas eu de récidive. Voix bien articulée, assez forte, presque pure, et cependant il existe encore une adhérence membraneuse du cinquième antérieur des cordes vocales. L'orateur rapporte aussi cinquante observations du même genre chez des enfants avec la même réussite ; l'intervention date ici de trois et douze ans. Au total 21 opérations pratiquées par M. Hopmann sur 17 malades. Un seul cas de mort : il s'agissait d'un homme de 65 ans atteint de carcinome. En ce qui concerne le papillome multiloculaire de l'enfance, on essaiera d'abord l'intervention endolaryngée seule ou aidée de trachéotomie ; mais, la pluralité de ces petits malades se montrant nerveux et anxieux ou présentent des accès de suffocation, il faut généralement abandonner les voies naturelles pour la fistule thyroïdienne qui, bien exécutée, n'offre aucun danger pour la vie ni pour la voix. Si la tumeur récidive, ce qui est loin d'être la règle, on renouvelle l'opération.

Présentation par M. Hopmann de pièces concernant un *polype muqueux pharyngien géant chez un homme de 60 ans* ; — Un *gros polype muqueux naso-pharyngien pyriforme à pédicule étroit*; — Un gros polype (*fibro-sarcome*) à large pédicule du *palais*.

M. Michel. — *Des troubles de la voix*. Le chant peut donner des indications relatives à l'établissement du diagnostic : maladie, altération, surmenage, intégrité de l'organe, alors qu'on ne constate point à l'œil nu de lésions pathologiques. Les causes auxquelles il convient d'imputer la perte précoce de la voix sont : 1° La prodigalité de cette fonction aux jours de prospérité ; 2° L'émission de sons dans un registre impropre, la pratique par exemple de la partie du ténor par un baryton, d'un soprano élevé par un mezzo-soprano ; 3° La perversion intentionnelle et répétée des sons, par des effets comiques ou pour des effets comiques. (Voyez sur ce sujet *Geberdensprache* de Michel, Cologne, 1886). Des altérations pathologiques insignifiantes du larynx peuvent également endommager la voix, en entravant par exemple l'action du voile du palais. Telle l'hypertrophie des amygdales, telle l'adhérence des amygdales, d'ailleurs petites avec l'arc postérieur du palais, ou leur enclavement dans cet organe; telle la pharyngite latérale hypertrophique ; telle des végétations adénoïdes ou leurs débris dans les fosses de Rosenmüller. Les adhérences des amygdales avec l'arc palatin seront détruites au moyen du galvano-cautère. Seulement il faut avoir soin de porter le fer le moins près possible de l'arcade palatine et d'effectuer la discission pendant l'émission du son suivant une ligne transverse; si la plaie produite par la brûlure reste béante, c'est qu'il y avait tension. Il est remarquable de constater que, tandis qu'avant l'opération les cordes vocales se joignaient insuffisamment, elles récupèrent leur parfaite contractilité, dès que les adhérences sont rompues.

P. Kéraval.

HYDROLOGIE

De l'emploi des eaux minérales pendant l'hiver.

Le traitement par les eaux minérales si efficace, dans la belle saison, peut-il être encore utile en hiver ? Quelles sont les eaux qui doivent avoir nos préférences, les maladies où elles pourront rendre le plus de services ? Telles sont les questions que nous nous proposons de traiter dans une étude sommaire, à une époque de l'année où elles méritent tout particulièrement d'être résolues. Considéré à son point de vue général, le traitement hydriatique comprend les bains, les boissons et les conditions accessoires de séjour.

Les bains et le séjour font défaut en hiver, — mais l'étude des eaux prises à l'intérieur conserve toute son actualité, avec cette considération en plus, que la question de composition et celle de conservation, qui en est la conséquence, acquièrent ici une importance considérable. On ne peut douter, en effet, que les eaux arsénicales et les eaux alcalines froides par exemple, conservent hors de la source toutes leurs propriétés en tant que boissons. Mais

(1) Voir *Progrès médical* n° 4[illegible] et les précédents.

peut-on en dire autant de certaines, ceux à température élevée et notamment des eaux sulfureuses ? C'est par cette question qui nous paraît la plus intéressante que nous aborderons notre étude.

Les eaux chaudes doivent le plus souvent, on le sait, à leur température élevée la propriété de dissoudre divers éléments et de les dissoudre en quantité déterminée en traversant certaines couches géologiques. La température favorise en outre diverses combinaisons chimiques mal bien étudiées par les hydrologues, mais il est certain que le refroidissement avant ou après l'embouteillage, modifie d'une façon très sérieuse la composition intime de l'eau, et partant ses propriétés thérapeutiques. De sorte que ces eaux, si efficaces quand on les prend à la source au moment de leur émergence, alors qu'elles sont vivantes, pour ainsi dire, ont perdu plus tard toutes ou presque toutes leurs propriétés. Ce ne sont plus que des eaux mortes dont le nom seul subsiste. La plupart des eaux sulfureuses sont dans ce cas, et il ne faut pas s'étonner si, prises au loin, elles donnent tant de mécomptes. Il serait intéressant cependant, aux époques de l'année où le séjour aux sources n'est pas possible, de pouvoir faire usage de ce moyen thérapeutique parfois si puissant.

Parmi les eaux sulfureuses qui, suivant nous, remplissent le mieux les conditions de conservation indispensables au traitement d'hiver, nous citerons en première ligne l'eau minérale froide de Saint-Boès, à la fois sulfureuse forte, goudronneuse (huile de naphte), arsenicale, iodurée et ferrugineuse. Sa minéralisation si complexe et si curieuse, et les nombreuses applications qui en découlent en font, en effet, une eau véritablement unique et qui nous offre en toute saison une ressource des plus précieuses. La réclame, dont le vent souffle à outrance sur la plupart des eaux minérales, ne s'est guère occupée encore des eaux de Saint-Boès ; aussi, quoique fort employées par un certain nombre de personnes initiées, sont-elles presque ignorées de beaucoup de praticiens, — ce qui est à regretter, — et ce qui constitue pour nous une raison de plus pour les faire connaître. Leur composition nous montre d'un coup d'œil les nombreuses affections auxquelles elles peuvent raisonnablement s'appliquer, et où on les a administrées, en effet, avec succès, nous avons hâte de le dire, après Gubler, Garrigou, Bertherand, Cazenave de la Roche et beaucoup d'autres.

Dans les affections des voies respiratoires, on possède à la fois — sous la forme si assimilable que revêtent les eaux minérales, — le souffre, l'huile de naphte, l'iode et l'arsenic dont l'action curative concourt séparément au même but ; aussi ne faut-il pas s'étonner des excellents résultats qu'on en retire. — Bien mieux, que chacun de ces médicaments administrés isolément ou entrant même dans une seule préparation pharmaceutique, l'eau de Saint-Boès produit des effets remarquables dans le catarrhe chronique ou celui qui, succédant à la bronchite aiguë, fait s'éterniser les rhumes ; dans l'asthme humide, la laryngite et la pharyngite, et enfin dans diverses périodes ou formes de la phthisie pulmonaire. (Gubler, Cazenave de la Roche, Bertherand, Gillet de Grammont, Pietra-Santa, etc.). Ni le soufre ou les balsamiques seuls, goudron, térébentine, créosote, terpine, etc., n'arrivent à produire les mêmes effets, et il est facile en cette saison de faire la comparaison.

Dans toutes les dermatoses si nombreuses où sont indiqués le soufre, l'arsenic, le goudron et l'iode, — l'eau de Saint-Boès agit également de la façon la plus efficace, et M. le professeur Gubler les conseillait tout particulièrement. — Il les conseillait également dans les affections des voies urinaires, cystite chronique, catarrhe invétéré de la vessie, blennorrhées, etc., de même que dans les affections catarrhales chroniques de l'uterus et du vagin, et nous avons relevé à cet égard de nombreuses observations qui montrent toute leur puissance (Gubler, Nogaret, Lamothe, Bousquet, Garrigou, etc.). Les eaux de Saint-Boès s'administrent à jeun, deux fois par jour, par verre à liqueur, quart ou demi-verre ordinaire, selon l'âge, la maladie et les effets produits, ce que le médecin peut facilement apprécier. Et comme, en raison des éléments minéraux et antiseptiques qui la composent et de leurs combinaisons chimiques, l'eau de Saint-Boès se conserve fort longtemps après avoir été débouchée, si on a le soin de mettre un bouchon non percé, et de tenir la bouteille bouchée, il y a dans son emploi une question d'économie qui doit entrer en ligne de compte pour un traitement variant de quinze jours à un mois.

Dans un autre article, nous continuerons cette revue des eaux minérales dont l'action est aussi efficace au loin qu'à la source, et peut, par conséquent, être mise à profit pour un traitement d'hiver.

BIBLIOGRAPHIE

La circonvolution de Broca. Etude de morphologie cérébrale; par M. le Dr GEORGES HERVÉ, professeur à l'Ecole d'Anthropologie. — Paris, 1888.

Pour la plupart des auteurs qui ont écrit sur la morphologie du cerveau, la troisième circonvolution frontale ou circonvolution de Broca se terminerait dans la vallée de Sylvius, au niveau du coude qui marque la limite entre la vallée et la fosse sylvienne. M. G. Hervé a été conduit, par l'examen attentif d'un grand nombre de cerveaux, à reconnaître que la circonvolution de Broca se prolonge beaucoup plus loin. Après s'être repliée le long de la branche horizontale de la scissure de Sylvius et avoir fourni à la deuxième frontale l'anastomose sourcilière, la circonvolution de Broca n'étend pas son extrémité postérieure jusqu'à la vallée de Sylvius, mais elle décrit un coude brusque qui embrasse cette extrémité dans sa concavité et arrive ainsi sur la face inférieure du lobe frontal. On la voit ensuite se placer entre les deux branches longitudinales de l'incisure en H, derrière la branche transversale de cette incisure, en formant un pli légèrement sinueux et arciforme, parallèle à la vallée de Sylvius qu'il borde en avant. De ses deux extrémités, l'externe correspond à l'extrémité postérieure du sillon orbitaire externe, l'interne à l'extrémité postérieure du sillon olfactif.

C'est en ce point que se terminerait la circonvolution de Broca, point où, d'autre part, viennent converger les extrémités de la première et de la deuxième circonvolution frontale. M. Hervé propose de donner à cette région le nom de pôle frontal.

La circonvolution de Broca, siège du langage articulé, se retrouve-t-elle sur d'autres cerveaux que celui de l'homme ? Presque tous les anatomistes, après les travaux de Leuret et de Gratiolet, ont admis l'existence, à la surface des lobes frontaux du singe, de trois circonvolutions respectivement homologues aux trois circonvolutions longitudinales de ces mêmes lobes chez l'homme. Cette manière de voir, qui est celle de R. Wagner, de Pansch, de Gromin et de Broca, ne serait pas exacte pour M. Hervé.

En effet, si on examine le lobe frontal des Primates pithécéphales, du Papion par exemple, on y voit apparaître deux sillons, dont l'un naît au-dessus du coude de la scissure de Sylvius et remonte de bas en haut et d'avant en arrière, parallèlement à la scissure de Rolando ; vers le milieu de la hauteur du lobe frontal, il se coude brusquement en avant et en dedans, la branche infléchie se prolonge assez loin à la surface du lobe et se termine près du bord sagittal. Broca, qui a comparé la forme de ce sillon à celle de la lettre grecque upsilon, l'appelle sillon *hypsiloïde*. Le second sillon frontal, couché dans la concavité du premier, commence en avant et tout près du coude du sillon courbe dont le sépare un pli d'anastomose étroit ; de là il se porte d'arrière en avant et de dehors en dedans, vers la pointe du lobe. Il correspond par son extrémité antérieure à la limite de l'étage métopique et de l'étage ... du lobe frontal.

La branche inférieure du sillon courbe représente le sillon prérolandique. Quant à la branche supérieure, Leuret et Gratiolet la regardent comme l'homologue du premier sillon frontal; ils prennent de même le second sillon, antéro-postérieur.

pour l'analogue du second sillon frontal et divisent ainsi le lobe frontal des Primates en trois étages. Le premier compris entre le bord sagittal de l'hémisphère et la branche supérieure du sillon courbe, le second entre cette branche et le sillon antéro-postérieur, le troisième enfin, au-dessous de ce sillon, entre lui et le bord surcilier du lobe. Cette conception serait fausse, d'après M. Hervé. Pour lui, le troisième étage frontal n'existerait pas chez les Primates. L'espace compris entre le bord sagittal et le deuxième sillon antéro-postérieur comprendrait le premier étage. Le second serait formé par tout ce qui est au-dessous de ce sillon. La branche antérieure du sillon hypsiloïde est en effet si peu l'analogue du premier sillon frontal que ce dernier naît en un tout autre point. Chez les singes inférieurs le lobe frontal porte, à sa partie postéro-supérieure, au-dessus du sillon courbe et en avant du pli frontal ascendant en voie de formation une ou deux incisures symétriques sur les deux hémisphères. Ces incisures, situées à mi-distance entre le bord sagittal et le sillon courbe, représentent la première ébauche du premier sillon frontal. Chez les Cynocéphales ce n'est plus une simple incisure, mais un véritable sillon qui s'étend parallèlement au deuxième sillon antéro-postérieur sur une notable longueur de l'étage métopique. Chez les Anthropoïdes, ce sillon est aussi net que celui de l'homme, tandis qu'on retrouve avec peine la branche antéro-postérieure du sillon hypsiloïde.

Par son extrémité antérieure, le deuxième sillon antéro-postérieur correspond à la branche longitudinale, interne du sillon en H. On devrait donc, d'après Gratiolet, rattacher à l'étage suscilier la majeure partie du lobule orbitraire, partie que chez les Anthropoïdes et chez l'homme, appartient surtout à F^2 et dans une petite étendue à F^3. Quant à la face métopique elle serait plus grande chez les Cébiens et les Pithéciens, que chez certains Anthropoïdes ; ne serait-il pas étrange de voir un organe qui ne doit posséder son complet perfectionnement que chez l'homme acquérir un si grand développement chez les singes inférieurs, pour subir une véritable régression chez les Anthropoïdes ? Ce serait une incompréhensible dérogation aux lois de l'évolution.

En réalité un examen attentif de la constitution des lobes frontaux simiens montre qu'il n'y a pas place sur ces lobes pour le pli de Broca.

C'est chez les Anthropoïdes que la circonvolution de Broca qui n'existe pas au-dessous d'eux commence à apparaître. Son développement est parallèle à celui de la branche horizontale antérieure de la scissure de Sylvius, dont l'existence est constante dans la seconde famille des Primates. Ici la circonvolution est encore rudimentaire, réduite à un méandre unique, et la disproportion, qui existe entre cette région cérébrale chez l'homme et chez les Anthropoïdes, témoigne que le passage des seconds au premier ne s'est pas fait directement, qu'il doit y avoir eu entre un être mixte, véritable homme singe ou anthropopithèque qui n'était peut-être pas aussi dépourvu de parole que le pense Hœckel.

Si l'on étudie maintenant le développement de la circonvolution de Broca sur l'embryon humain, on voit que : avant le cinquième mois le cerveau du fœtus humain n'a ni branche sylvienne antérieure ni circonvolution de Broca. C'est un véritable cerveau de Pithécien. Du cinquième mois au huitième, en ce qui concerne la circonvolution de Broca, c'est un cerveau d'Anthropoïde ; il possède une seule branche sylvienne antérieure à laquelle répond une anse unique, un pli décrivant un seul méandre. Enfin, à partir du huitième mois, le cerveau humain se développe rapidement. Le cap se forme et avec lui le méandre postérieur de F_3 terminé par la délinéation de la branche ascendante de Sylvius ; cette dernière apparait vers cette époque par la bifurcation de la branche antérieure primitive. L'ensemble de ces deux branches présente alors la figure d'un Y à longue queue. Cette queue diminue de plus en plus, la figure prend la forme d'un V quelque temps après la naissance. La circonvolution de Broca passe donc, chez le fœtus, par toutes les phases que nous retrouvons sur les cerveaux simiens. Il faut aussi remarquer que la circonvolution du côté droit est presque toujours plus précoce que celle de gauche.

Si maintenant on examine la circonvolution de Broca chez les *Inférieurs*, c'est-à-dire chez les hommes qui sont, de naissance, privés de la parole articulée soit par suite d'idiotie, soit par privation du sens de l'ouïe, on trouve les résultats suivants : chez les idiots, d'une façon plus ou moins grave, mais chez tous, la circonvolution de Broca est troublée, ou arrêtée dans son développement ; en outre la partie la plus spécialement atteinte est celle dont les relations fonctionnelles avec le langage articulé sont aujourd'hui hors de doute. Cette remarque est bien digne d'attention, car le mutisme est la caractéristique de l'idiot ; chez les sourds-muets de naissance, l'examen du cerveau n'a pas toujours donné des résultats positifs. Cependant Broca a constaté dans deux autopsies, que la portion postérieure de la troisième circonvolution frontale gauche était moins développée que d'habitude et que l'insula apparaissait en partie entre les bords de la scissure de Sylvius. Rien de pareil n'existait à droite. » Rüdinger cite des cas où la disposition était celle qui existe chez les Anthropoïdes ou le fœtus humain au 7e mois.

Ajoutons enfin, que dans les races inférieures, le siège de la mémoire motrice des mots est plus ou moins atrophié, rudimentaire ou arrêté dans son développement.

Si l'on passe maintenant aux intellectuels, on voit que la complexité morphologique du centre de Broca est, d'une façon générale, corrélative à la puissance de la fonction.

M. Hervé, dans le dernier chapitre de son ouvrage, passe en revue les cerveaux de personnalités ayant marqué par quelque côté dans l'histoire de leur temps, et il arrive à ces conclusions que, dans un même groupe humain, la mémoire motrice des mots est subordonnée au développement de la circonvolution de Broca ; que, chez les intellectuels, la troisième frontale est très développée, du côté gauche principalement, tandis que chez les individus mal doués, la symétrie entre les deux côtés est généralement la règle.

Telles sont les principales propositions démontrées dans l'excellent livre de M. Hervé. On ne saurait trop en recommander la lecture, toujours attachante et d'un si grand profit, étant données la compétence et l'érudition de l'auteur en matière de morphologie cérébrale et d'anthropologie.

Notre maître et ami a traité là une question nouvelle, toute d'actualité, dont le *Progrès médical* a déjà entretenu ses lecteurs (1) ; M. le Pr Mathias Duval, avec le talent que l'on sait, en avait déjà ébauché l'étude dans ses belles leçons de l'École d'Anthropologie ; mais tout le monde constatera avec plaisir que le travail plus approfondi, plus fouillé de l'élève, fait encore mieux ressortir l'enseignement si attrayant du maître.

Nouvelle théorie de la voix ; par le Dr Moura. — Paris, Steinheil, éditeur, 1888.

Dans ce mémoire, le Dr Moura fait ressortir tout d'abord l'importance de l'organe de la voix. Après avoir étudié le larynx et ses cartilages, en particulier le thyréoïde et les apophyses vocales des arytenoïdes, il dit que l'affrontement des deux bords de la glotte se fait non seulement suivant une ligne droite mais aussi sur une petite partie de la convexité de la face inférieure des cordes, il dit aussi que le bord des lèvres vocales lorsqu'elles sont rapprochées et tendues, est mince en avant, large et triangulaire en arrière. Cette disposition ne se rencontrant guères que sur les larynx du sexe masculin après la puberté, explique mieux que la longueur les lèvres de la glotte et l'amplitude du porte-voix, la différence de tonalité entre les voix féminine et masculine. Des trois éléments anatomiques, *musculaire, élastique* et *muqueux* composant les lèvres vocales, seul le tissu élastique serait l'élément vibrant.

La deuxième partie du travail de M. Moura est consacrée aux mouvements des replis de la glotte pendant l'acte de la respiration et pendant celui de la phonation. Les cordes s'écarteraient passivement et activement. Le mécanisme de l'écartement passif est sous la dépendance des agents directs et indirects de l'acte de l'inspiration et de la pression de l'air inspiré, tandis que l'écartement actif est sous la dépendance des muscles intrinsèques, *diastoliques*, ligamentaires et aryténoïdiens dilatateur et abducteurs des cordes).

---

(1) Voir *Progrès médical* : Le cerveau de Gambetta, par Marcel Baudouin, 1886, p. 614, 24 juillet.

De même les lèvres vocales se rapprocheraient passivement ou involontairement sous la dépendance des agents de l'inspiration et surtout du retour du soufflet thoraco-pulmonaire à l'état de repos et activement par l'action des muscles intrinsèques phonétiques *systoliques*, dits adducteurs et tenseurs. Les replis de la glotte passent de l'état de lèvres à celui de prismes et d'anches membraneuses.

La tension en largeur en des replis de la glotte est sous l'influence des crico-aryténoïdiens latéraux et les thyréo-aryténoïdiens. c'est-à dire des agents systoliques adducteurs et tenseurs.

L'allongement des replis est ou passive et due au déplacement du thyréoïde d'arrière en avant pendant l'inspiration ou active et due alors à l'action des muscles thyréo-cricoïdiens ou *asystoliques* tenseurs qui agissent sur les bords de l'anche glottique comme sur les cordes et les allongent d'avant en arrière. Cet allongement s'effectue pendant l'expiration et correspond à l'émission des notes aiguës de la voix de poitrine.

Dans la dernière partie de son ouvrage, le Dr Moura passe en revue l'opinion des anciens auteurs sur la formation de la voix, il indique le rôle des ventricules et des replis supérieurs Les ventricules isoleraient les lèvres de la glotte des tissus voisins, déverseraient sur ces lèvres un liquide glandulaire qui maintenant leur souplesse, permettraient par le déplissement de leur muqueuse, la distension des lèvres et faciliterait leur transformation en anches vibrantes et sonores. Les fausses cordes vocales contribueraient dans certains cas, à élever le ton du registre vocal, en rétrécissant le passage des cordes sonores engendrées par les deux bords des cordes vraies. Celles-ci constituent une anche membraneuse double, dont la partie vibrante diminue de largeur et d'épaisseur au fur et à mesure que la voix monte et passe à un moment donné à l'état de corde sonore.

En effet et tel est le résumé de la théorie de la voix pour M. Moura : le larynx n'est pas un instrument simple de musique, mais un instrument de chant qui résonne au moyen : 1° de deux lèvres, comme celles de joueur de cor ; 2° de deux anches, comme le basson et le haut bois ; 3° De deux cordes, comme le violon, suivant que la glotte prend la forme de lèvres, de prismes, ou de corde. A un moment donné même le larynx imite aussi la flûte de Pan et émet des sons correspondant à ceux de cet instrument. Cette étude fera le sujet d'un nouveau mémoire. J. BARATOUX.

Morphinisme et son traitement : par ERLENMEYER, 3e édition. Berlin, 1887.

Ce traité, qui est une étude détaillée du morphinisme et du cocaïnisme, est arrivé en peu d'années à sa troisième édition : il doit son succès à l'expérience de l'auteur.

Erlenmeyer nous montre les origines du mal. Le *morphinisme* se produit lentement par l'usage continu de la morphine, en dehors de toute surveillance médicale, ou brusquement, dès les premières injections sous-cutanées, suivant la prédisposition individuelle. Les symptômes du morphinisme sont de deux ordres, ils sont dûs à l'intoxication, ou bien à la suppression de la morphine. Après la description de ces troubles bien connus, parésie, tremblement, ataxie, diminution du poids du corps, contraction des pupilles, perte d'appétit, constipation, etc., l'auteur aborde l'étude plus délicate des différents troubles de sécrétion : diminution du suc gastrique, impuissance, aménorrhée, diminution de la sécrétion sébacée qui détermine la sécheresse de la peau malgré l'abondance de la sécrétion sudorale, altération des dents, des cheveux, etc. Il n'a jamais observé la fièvre intermittente signalée par Lewinstein ; mais des phénomènes d'excitation vaso-motrice peuvent se produire après les injections, la température monte brusquement jusqu'à 40°, pour baisser au bout d'une demi-heure. Cette excitation vaso-motrice est causée par la piqûre d'un nerf (Schule) ou bien l'injection a été poussée dans une veine (Nussbaum).

Des symptômes psychiques passagers, états d'angoisse, hallucinations de la vue, accès de demi-sommeil peuvent etre observés dans l'intoxication aiguë ; l'intoxication chronique produit un affaiblissement général des facultés intellectuelles avec symptômes de folie morale. On a noté l'explosion de psychoses systématisées, de délire des persécution, mais si la morphine peut être une cause d'aliénation mentale : si elle exerce une influence altérante sur les facultés, on ne doit pas conclure à l'existence de psychoses morphiniques, sensu stricto. La suppression de la morphine peut produire les mêmes psychoses et bien des morphinomanes n'ont jamais présenté de délire. Cette suppression de la morphine est chose délicate ; en effet, il existe trois indications à remplir ; déshabituer le malade de prendre de la morphine, combattre les nombreux symptômes d'abstinence, éviter les rechutes. La suppression graduelle et brusque (cette dernière n'a jamais été la méthode allemande, comme certains auteurs l'ont avancé) sont mauvaises, et l'on peut voir survenir un collapsus mortel ou de la fureur maniaque. On choisira la suppression rapide (6 à 12 jours) en traitant le malade dans des établissements spéciaux.

L'auteur s'élève contre l'usage dangereux que font certains médecins de la cocaïne. La cocaïne est un substitutif de la morphine ; elle produit le *cocaïnisme*, décrit pour la première fois par Erlenmeyer, et dont le pronostic est plus grave que celui du morphinisme qu'elle complique. J. DAGONET.

Études thérapeutiques et bactériologiques sur le furoncle de l'oreille ; par le Dr LŒWENBERG.—Paris, Alcan-Lévy, imprim., 1888. — Broch. 20 pages.

Il y a huit ans que M. Lœwenberg a appelé l'attention sur l'origine microbienne du furoncle. Depuis cette époque il a poursuivi ses recherches et il en a déduit des conséquences pratiques fort importantes.

Tandis que certains auteurs prétendent que l'agent de la furonculose est le staphylococcus aureus, tandis que Kirchner de Würzbourg affirme n'avoir rencontré que le staphylococcus albus, M. Lœwenberg a trouvé, le plus souvent, le staphylococcus albus, quelquefois les staphylococcus albus et citreus et, une seule fois, les trois formes réunies.

Comme il est bien démontré que c'est l'introduction de ces germes dans les conduits des glandes sébacées qui cause le furoncle, il rejette tous les cataplasmes et tous les émollients pour n'user que des antiseptiques. Il emploie avec le plus grand succès les instillations dans le conduit auditif externe, d'une solution saturée ou concentrée d'acide borique :

Alcool absolu	100 gr.
Acide borique	20 —

Lorsque le furoncle est trop avancé et qu'on ne peut plus espérer sa résolution, il l'ouvre avec l'anse galvanique ou bien il érode l'épiderme qui le recouvre et fait des instillations.

Grâce à cette thérapeutique, il ne voit plus ces éruptions de furoncles successifs qui faisaient tant souffrir les malades. Les furoncles restent le plus souvent unique. Pris à temps, ils peuvent avorter, en tous cas, ils évoluent plus rapidement et sont moins douloureux. surtout si on ajoute un peu de cocaïne aux instillations.

Frappé de la fréquence des furoncles de l'oreille à la suite de l'extraction des bouchons cérumineux par le seringage, il a eu l'idée de n'employer à cet usage que des solutions antiseptiques et depuis lors il n'en a plus observé.

De même chez les femmes qui aux époques menstruelles ont souvent des éruptions furonculeuses, ou chez les individus atteints de furoncles à l'été et à l'automne, les instillations prophylactiques d'acide borique ont parfaitement réussi.

C. LOUIS.

La masse de Teichmann ; par M. le Dr LEJARS. — Steinheil. Paris, 1888.

Notre ami, M. le Dr Lejars, dans ce petit opuscule, fait connaître aux anatomistes français le procédé employé par M. le Pr Teichmann (de Cracovie, pour les injections vasculaires cadavériques. L'inventeur l'a déjà publié lui-même en polonais, dans un mémoire paru dans les *C. R. de l'Ac. des Sc.* de Cracovie et traduit de suite en allemand. M. Lejars, au lieu de se borner à faire une nouvelle traduction, a préféré exposer à sa façon la méthode qu'il a été étudier à l'étranger, en utilisant les conseils qu'il a reçus et les remarques qu'il a faites lui-même à ce sujet, en l'expérimentant à son tour. On trouvera décrite dans sa brochure la *Seringue dite de Teichmann*, simple modification de la seringue ordinaire, présentant une ailette laté-

rale fixatrice; un pas de vis sur la tige du piston, qui est à double parachute,et qui est pourvu d'une poignée transversale; une base porte-canule rendue mobile par une vis et facile à démonter. Les canules, au lieu d'entrer à frottement, doivent se visser à l'aide d'un pas de vis extérieur, plus facile à nettoyer. La matière à injection constitue ce qu'on appelle la *Masse de Teichmann.* On en distingue plusieurs variétés : masse rouge (fine et épaisse), bleue, blanche, jaune. On peut faire toute une série d'autres masses.Tout se résume en ceci : faire un mastic avec de la craie, de l'oxyde de zinc, du sulfate de baryte, de l'huile de lin et une poudre colorante; le délayer dans du sulfure de carbone ou de l'éther et *injecter à froid.* C'est l'avantage principal de la méthode, sa raison d'être. Avec cette masse, on peut tout injecter et très bien. On peut dire qu'elle est supérieure à toutes les autres; c'est du moins l'avis de Teichmann, de Lejars et de bien des anatomistes. Ce n'est donc pas le cas de citer ici cette phrase du *Manuel de Zootomie* de Mojsisovics, traduit par M. de Lanessan : «Tout le monde ne sera pas toujours aussi satisfait des nombreuses méthodes d'injections que leurs inventeurs (p. 36). » MARC. B.

VARIA

Académie de médecine : Prix proposés pour 1889-90-91.

I. — *Prix proposés pour l'année* 1889 : *Prix de l'Académie* 1,000 fr. Question : *Physiologie du nerf pneumogastrique.* — *Prix Alvarenga de Piauhy* (Brésil). 800 fr. Ce prix sera distribué à l'auteur du meilleur mémoire ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine. — *Prix Barbier.* 2,000 fr. — *Prix Henri Buignet.* 1,500 fr. — *Prix Capuron.* 1,000 fr. Question : *Des diverses méthodes et des procédés d'exécution de l'opération césarienne.* — *Prix Civrieux.* 800 fr. Question : *Des troubles de la sensibilité dans le tabes.* — *Prix Daudet.* 1,000 fr. Question : *Des néoplasmes congénitaux.* — *Prix Desportes.* 1.300 fr. Ce prix sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. — *Concours Vulfranc Gerdy* : Le legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir, près des principales stations minérales de la France ou de l'étranger, des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours ouvert chaque année devant l'Académie de médecine. L'Académie met au concours trois places de stagiaires aux eaux minérales. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Académie de médecine, 49, rue des Saints-Pères, à Paris. La liste d'inscription sera close le 1er décembre 1889. Les candidats nommés entreront en fonction le 1er mai 1890. Une somme de 1,500 francs sera attribuée à chaque candidat. — *Prix Godard.* 1,000 francs. Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la pathologie externe. — *Prix Huguier.* 3,000 francs. Ce prix, qui est triennal, sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé en France, *sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements). Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par les étrangers et les traductions. — *Prix de l'hygiène de l'enfance.* 1,000 fr. Question : *De la croissance au point de vue morbide.* — *Prix Laborie.* 5.000 fr. Ce prix sera décerné à l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie. — *Prix Laval.* 1,000 fr. Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine. — *Prix Louis.* 4,000 fr. Question : *Des médications antithermiques.* — *Prix Meynot aîné,* père et fils, de Donzère (Drôme). 2,500 fr. Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux. — *Prix Adolphe Monbinne.* 1,500 fr. — *Prix Oulmont.* 1,000 fr. Ce prix sera donné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat. — *Prix Portal.* 6,000 fr. Question : *De l'anatomie et de la physiologie pathologiques des capsules surrénales.* — *Prix Pourat.* 900 fr. Question : *Déterminer expérimentalement le rôle [illegible] lymphatiques.* — *Prix Vernois.* 700 fr. Ce prix, qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

II. — *Prix proposés pour l'année* 1890 : *Prix de l'Académie.* 1,000 fr. Question : *Des pelades.* — *Prix Alvarenga de Piauhy* (Brésil). 800 fr. — *Prix Amussat.* 800 fr. — *Prix Barbier.* 2,000 fr. — *Prix Henri Buignet.* 1,500 fr. — *Prix Capuron.* 1,000 fr. Question : *De l'avortement à répétition et des moyens d'y remédier.* — *Prix Civrieux.* 800 fr. Question : *Des névrites.* — *Prix Daudet.* 1,000 fr. Question : *De la leucémie.* — *Prix Desportes.* 1,300 fr. Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. — *Prix Falret.* 1,000 fr. Question : *Des folies diathésiques.* — *Prix Ernest Godard.* 1.000 fr. — Au meilleur travail sur la pathologie interne. — *Prix Herpin (de Metz).* 1,200 fr. Question : *Traitement abortif de l'anthrax.* — *Prix Laborie.* 5,000 fr. Ce prix sera décerné à l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie. — *Prix Laval.* 1,000 fr. Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine. — *Prix Lefèvre.* 1,800 fr. Question : *De la mélancolie.* — *Prix Meynot aîné,* père et fils, de Donzère (Drôme). Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies de l'oreille. — *Prix Adolphe Monbinne.* 1,500 fr. — *Prix Orfila.* 2,600 fr. Question : *Existe-t-il [illegible] dans l'eau ou dans le sol des corps [illegible] chimiques, aptes à développer l'impaludisme, lesquels, par les moyens ordinaires ou expérimentaux, [illegible] dans l'économie animale?* — *Prix Oulmont.* 1,000 fr. Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat. — *Prix Perron.* 3,800 fr. Ce prix sera décerné à l'auteur du mémoire qui paraîtra à l'Académie le plus utile au progrès de la médecine. — *Prix Portal.* 600 fr. Question : *Du mal perforant.* — *Prix Pourat.* 900 fr. Question : *Déterminer par des expériences précises s'il existe un ou plusieurs centres respiratoires.* — *Prix Saint-Lager.* 1.500 fr. — *Prix Saint-Paul.* 25.000 fr. — *Prix Stansky.* 1.800 francs. — *Prix Vernois.* 700 fr. Ce prix, qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

III. — *Prix proposés pour l'année* 1891 : *Prix de l'Académie.* 1.000 fr. — Question : *De la part de l'air dans la transmission de la fièvre typhoïde.* — *Prix Alvaranga de Piauhy* (Brésil). 800 fr. — *Prix Barbier.* 2.000 fr. — *Prix Henri Buignet.* 1.500 fr. — *Prix Capuron.* 1.000 fr. Question : *De l'action des eaux salines sur les fibromes utérins.* — *Prix Civrieux.* 800 fr. Question : *Des rémissions sur la paralysie générale des aliénés.* — *Prix Daudet.* 1.000 fr. Question : *Du traitement chirurgical du goître et de ses conséquences immédiates ou éloignées.* — *Prix Desportes.* 1.300 fr. Au meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. — *Prix Ernest Godard.* 1.000 fr. Au meilleur travail sur la pathologie externe. — *Prix Itard.* 2.700 fr. — *Prix Laborie.* 5.000 fr. — *Prix Laval.* 1,000 fr. — *Prix Meynot* aîné père et fils, de Donzère (Drôme). Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux. — *Prix Adolphe Monbinne.* 1,500 fr. — *Prix Oulmont.* 1.000 fr. — *Prix Portal.* 800 fr. Question : *Anatomie pathologique des érysipèles.* — *Prix Pourat.* 900 fr. Question : *De la tension sanguine intravasculaire.* — *Prix Vernois.* 700. Au meilleur travail sur l'hygiène.

Nota. — Les concours des prix de l'Académie de médecine sont clos, tous les ans, fin février. Les ouvrages, adressés pour ces concours, devront être écrits très lisiblement, en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté, avec devise indiquant les noms et adresse des auteurs. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. Les concurrents aux prix Alvarenga, Amussat, d'Argenteuil, Barbier, Buignet, Desportes, Godard, Itard, Meynot, Monbinne, Perron, Saint-Paul, Stanski et Vernois, pouvant adresser à l'Académie des travaux *manuscrits* ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition. Les mémoires présentés aux concours pour les services des eaux minérales, des épidémies, de l'hygiène de l'enfance et de la vaccine, doivent être adressés à l'Académie, tous les ans, avant le 1er juillet. Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine.

Remède contre le mal de mer : Calage du corps.

M. Marcel Baudouin racontait dernièrement (1) les amères déceptions que nous avait causées l'emploi de l'antipyrine pendant notre traversée de la Méditerranée. Nous étions sur le bateau une douzaine de médecins qui nous rendions au Congrès d'Oran et qui devions donner aux autres passagers une piètre idée de notre thérapeutique. Naturellement, chacun avait apporté sa panacée, qui l'antipyrine, qui la cocaïne, le chloral, la caféine, le chloroforme, etc., etc. Quelques-uns s'étaient contentés de boire du champagne frappé. Il fallait voir avec quelle assurance nous nous promenions sur le pont de la *Ville de Naples* pendant que le bateau était encore dans le port de la Joliette.

(1) *Progrès médical,* 23 juin 1888 et *Revue scientifique* du 30 juin.

Mais nous étions à peine arrivés à la hauteur du château d'If que nos conversations commencèrent à devenir languissantes : puis l'un de nous (c'était, je crois, celui de la cocaïne) se détacha de notre groupe pour disparaître dans sa cabine ; un autre (c'était, cette fois, celui de l'antipyrine) ne tarda pas à le suivre, puis un autre, et encore un autre, si bien qu'avant d'avoir franchi le golfe du Lion, nous étions tous malades. Les autres passagers avaient été certainement moins éprouvés que nous.

Je ne voudrais pas, en rappelant ce souvenir, donner une occasion de rire des médecins : j'ai au contraire l'intention d'en profiter pour signaler un moyen qui, au retour, dans la traversée d'Alger à Marseille, m'a complètement préservé du mal de mer pendant un très gros temps. Ce moyen, je l'appellerai le *Calage*.

Donc, après quelques heures de calme, la mer était devenue grosse, et de pénibles tiraillements me faisaient pressentir les désagréables émotions auxquelles je suis sujet chaque fois que je mets le pied sur un bateau. Je n'essayai pas de résister et, tout découragé, j'allai m'étendre sur la couchette de ma cabine. J'étais couché sur le dos et, en compagnie de sourdes douleurs de tête, j'attendais avec résignation que le mal de mer se traduisit par ses manifestations extérieures habituelles. Il me parut alors intéressant de voir quelle pouvait être l'influence de la position du corps sur la marche des symptômes. Je remarquai que, lorsqu'au lieu d'être étendu sur le dos, j'étais couché sur le côté, la douleur de tête et l'envie de vomir diminuaient d'une façon notable : si je me remettais sur le dos, le malaise réapparaissait avec toute son intensité première. Je répétai plusieurs fois ce changement de position et j'observai constamment les mêmes résultats. Peu à peu, j'en vins alors à modifier mon procédé et je constatai qu'en appuyant l'abdomen contre la paroi de la cabine, le malaise était de plus en atténué : si bien qu'au bout d'une demi-heure j'avais trouvé le moyen d'être débarrassé de toute sensation désagréable.

Voici le dernier perfectionnement que j'avais apporté à mon système. J'étais couché sur le côté droit et j'avais placé mon oreiller entre mon abdomen et la paroi de la cabine : derrière moi, entre mon dos et le rebord de la couchette, j'avais fixé mon sac de voyage. Je me trouvais ainsi enfermé dans une sorte de cuirasse, laquelle suivait tous les mouvements du bateau et j'avais immobilisé mes viscères contre le ballottement. Dans cette position, je pouvais lire sans fatigue et je n'éprouvais pas le moindre malaise, venais-je à me replacer sur le dos, je ressentais immédiatement des troubles du côté de l'estomac et du cerveau ; essayais-je de me lever et de sortir de ma couchette, j'étais pris aussitôt de tous les symptômes avant-coureurs du mal de mer et je n'avais que le temps de regagner ma carapace. Le résultat ne varia jamais.

Quand, de retour à Paris, j'ai assisté au laboratoire de la Sorbonne, aux expériences de MM. Dastre et Pampoukis (1) sur le mal de mer artificiel, il m'a paru que mon système était assez conforme aux conclusions de leurs recherches. D'ailleurs, sur plusieurs bateaux, on recommande aux passagers de se munir d'une ceinture abdominale pour éviter d'être malades. Le calage du corps m'a toutefois préservé complètement, alors que la susdite ceinture ne m'a été que d'une très minime utilité et alors que toute drogue, tout médicament m'a été plus nuisible qu'utile.

Je n'indique cependant ce moyen qu'à titre de simple renseignement : je sais trop combien ce qui réussit à l'un peut être inefficace pour l'autre et je me garde de recommander le calage comme une panacée. (*Revue scientifique*).

Paul LOYE.

Congrès International de l'Assistance publique.

Pour la première fois, en France, un Congrès International d'Assistance publique se réunira à Paris du 28 juillet au 4 août 1889. Le comité d'organisation vient de procéder à la constitution de son bureau. Ont été élus : Président, le Dr Roussel, sénateur ; Vice-Présidents, le Dr Bourneville, député, le Dr Chautemps, conseiller municipal, M. Monod, directeur de l'Assistance publique en France ; secrétaire général, le Dr Thulié. MM. Dreyfus-Brissac, Muteau, Rollet, Teissier de Cros, assesseurs. Les séances se tiendront à l'Institution des jeunes aveugles.

Voici quelles sont les questions proposées par le bureau :

Section I. — Assistance publique en général. — Organisation méthodique de la bienfaisance, c'est-à-dire étude des systèmes divers fondés sur les deux principes suivants : 1° Faire précéder toute délivrance de secours d'une enquête sur la situation matérielle et morale du solliciteur. (Charity organisation societies, bureaux spéciaux d'enquête, etc.). — N'accorder que des secours efficaces, c'est-à-dire facilitant aux malheureux les moyens d'arriver à se subvenir à eux-mêmes par le travail. (Coopération des Sociétés, des personnes bienfaisantes et des administrations d'Assistance publique, organisation des visites à domicile). — Du rapatriement des malades, infirmes, vagabonds, etc., en particulier des enfants.

Section II. — Services de l'enfance. — Des moyens pris ou à prendre pour assurer la mise en valeur physique et intellectuelle des enfants qui sont à la charge des administrations publiques.

Section III. — Hôpitaux, hospices, assistance à domicile. — De l'organisation de l'assistance médicale dans les campagnes. — De l'éducation professionnelle du personnel hospitalier : recrutement du personnel secondaire, écoles d'infirmiers et d'infirmières.

Section IV. — Aliénés, Dépôts de mendicité, Mont-de-Piété. — De l'assistance publique des enfants idiots, arriérés et épileptiques en France et à l'étranger.

Un Conseiller municipal galant. — Une Infirmière laïque.

Sous ce titre, le journal *le Peuple*, du 6 décembre, publie la note suivante :

Un gros scandale à l'horizon. Il s'agit d'un de nos conseillers municipaux, joli garçon et fortuné. Partisan de la laïcisation, sans être cependant un adversaire acharné des bonnes sœurs, le conseiller X... n'aurait point dédaigné de rechercher les faveurs d'une surveillante laïque de l'hôpital de la Pitié.

La liaison du joli conseiller et de l'infirmière serait à la veille de porter ses fruits. Grandes espérances de la future mère, mais suprême embarras de l'édile, qui a commis l'imprudence de proposer à la belle, par lettre, de se faire avorter. La lettre est entre les mains d'un avocat, qui va intenter une action judiciaire contre le galant conseiller.

Il résulte de nos informations qu'aucune surveillante laïque, qu'aucune infirmière de l'hôpital de la Pitié ne peut être mise en cause.

M. Desprès au Conseil municipal

A propos de la question posée le 1er novembre 1888, au Conseil municipal de Paris, par M. Gamard, au sujet de la dérivation des eaux de l'Avre, nous relevons l'incident suivant soulevé par M. Desprès.

M. DESPRÈS. — Il est inutile d'avoir de l'eau de source à Paris, où l'eau de Seine est parfaitement suffisante.

M. FERDINAND DUVAL. — Mais M. Desprès, vous n'en boirez pas d'eau de source, si vous le voulez ; mais laissez les autres en boire.

M. CHAUTEMPS. — M. Desprès trouve que l'eau sale est plus nourrissante.

M. DESPRÈS. — Je dis que si j'étais riverain des sources qu'on veut dériver, je trouverais singulier que Paris, qui a une belle rivière, aille chercher son eau ailleurs ! (Exclamations. — Bruit).

M. ROUSSELLE. — Nous savons que tout ce qui est eau propre ne convient pas à M. Desprès.

M. GASTON CARLE. — Si on pouvait condamner M. Desprès à ne boire que de l'eau de Seine, il se trouverait vraiment bien puni.

M. DESPRÈS. — M. le Directeur des travaux, dans son discours, nous a fait une bucolique.

M. CHAUTEMPS. — Et M. Desprès veut nous faire boire la colique !

M. FERDINAND DUVAL. — Mais M. Desprès, la question est sérieuse.

M. DESPRÈS. — Mais, moi aussi, je suis sérieux ! (Exclamations. — Rires. — Bruit).

Décret restrictif contre l'admission des aliénés dans les asiles privés en Prusse.

Le Comité central des Sociétés médicales d'arrondissement de Berlin a rédigé le manifeste suivant, le 19 octobre dernier :

Considérant que le décret ministériel du 19 janvier dernier relatif à l'admission des aliénés dans les asiles privés est propre au plus haut point à déterminer un conflit entre les médecins fonctionnaires et les médecins non-fonctionnaires ; Considérant en outre que

(1) Voir *Arch. de Neurologie*, nos 45, 46, 47, 1888 ; et tirage à part, bureaux du *Progrès médical*, Paris.

[illegible] du public et [illegible] mel en [illegible]. La so[illegible] de la ville de Berlin (Friedrich-Wilhelm-Stadt, [illegible] à soutenir, re[illegible] praticiens contre ce décret.

Ce décret dispose comme suit.

Il sera de règle qu'un certificat basé sur l'examen du malade soit dressé par le *physikus* ou le *chirurgien* du district (Kreis) où habite l'aliéné. Le certificat devra porter que le malade qu'il vise est aliéné, qu'il est atteint de telle ou telle forme d'aliénation mentale, et qu'il est nécessaire qu'il soit admis dans un asile d'aliénés. Si le malade en question a déjà été traité ou observé par un autre médecin pendant l'affection actuelle, on y joindra, s'il est possible, un rapport de ce dernier relatif à la genèse et à l'évolution de la maladie ; ce rapport aura été présenté au *Kreisphysikus* (1), et il accompagnera le certificat. Dans les cas urgents, notamment quand l'aliéné constitue un danger public, son admission s'effectuera provisoirement et de par la présentation d'un certificat détaillé et circonstancié de n'importe quel médecin diplômé, mais ce malade devra être examiné dans les vingt-quatre heures qui suivront l'admission par le *physikus* du district où siège l'établissement. Dans les cas douteux on pratiquera un nouvel examen à de courts laps de temps, et le physikus devra établir un certificat concluant au maintien de l'admission provisoire ou à l'immédiate élargissement.

Telle est la question brûlante qui a dû être soumise à la séance de novembre aux chambres médicales de la province de Brandebourg et du cercle de la ville de Berlin. Elle parviendra ensuite aux chambres médicales des autres provinces. A raison des motifs exposés déjà adoptés par la Société Psychiatrique de Berlin et la société médicale des districts gouvernementaux de Cologne et de Coblenz, il est à espérer, dit le Rédacteur de la *Berlin. klin. Wochenschrift*, auquel nous empruntons cette nouvelle (Voyez nos 45 et 46, p. 920 et 939) que la manière de voir consignée dans la rédaction précitée sera unanimement partagée.

L'Enseignement de la Chirurgie et de l'Anatomie dans les Universités de langue allemande (Suite) (2) ;

par M. le Dr Lejars, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.

Nous avons suivi plusieurs jours la clinique du professeur Güssenbauer, et nous avons été frappé des ressources du service autant que de l'activité du professeur. Installée à l'Hôpital général dont elle occupe presque tout le rez-de-chaussée, la clinique chirurgicale est pourvue d'un amphithéâtre bien éclairé et attenant à la salle de policlinique. Deux cents élèves sont inscrits : ils y restent quatre semestres, les deux premiers comme simples auditeurs, les deux autres comme pratiquants, c'est-à dire admis à examiner les malades sous les yeux du professeur. A cet examen sont appelés chaque jour trois ou quatre élèves ; un cahier de clinique permet de faire ce roulement en toute régularité : chacun d'eux y prend part environ trois fois par semestre. Ce n'est pas encore beaucoup ; mais la façon dont ces examens sont conduits, le temps que le professeur y consacre chaque matin, les longues explications qu'il donne, et, de temps en temps, l'admission des élèves par groupes à examiner de près certains malades, impriment à l'enseignement clinique un caractère beaucoup plus pratique. J'ai vu faire, pendant mon court séjour, une résection du genou, une ablation de tumeur de la vessie, une résection du maxillaire supérieur, un évidement du tarse et plusieurs autres opérations importantes ; à une même séance, trois cas de genu valgum et un cas de genu varum furent simultanément présentés et servirent à une étude comparative. Toutes les autopsies se font à l'Institut anatomo-pathologique dirigé par le professeur Chiari, mais elles ne sont pas pour cela perdues pour les élèves ; j'ai assisté à l'une d'elles ; l'Institut pathologique n'est séparé de l'Hôpital général que par la largeur d'une rue, après la séance d'examens cliniques, le professeur s'y rend avec des élèves ; un des assistants du professeur Chiari pratique l'autopsie au milieu des élèves groupés, indiquant à haute voix ce qu'il constate. J'ajoute qu'à Prague, comme partout, le professeur de clinique chirurgicale est chargé de la médecine opératoire ; M. Güssenbauer s'acquitte toujours lui-même et du cours opératoire et de la surveillance des répétitions, aussi, la majeure partie de toutes ses journées se trouve-t-elle consacrée à l'enseignement.

Jusqu'ici, l'entrée des salles restait toujours interdite à la masse des élèves. A Kœnigsberg, le nombre des inscrits est à peu près le même qu'à Prague ; comme en Autriche, ils sont auscultants la première année et practicants la seconde. Grâce à l'énergie du professeur Mickulicz, l'enseignement clinique y est fort développé et les éléments principaux en sont les suivants : 1° L'examen des malades de la clinique que les élèves ont la charge d'observer et de suivre ; 2° L'examen des malades de la policlinique ; 3° L'assistance aux cliniques, aux opérations ordinaires et aussi aux laparotomies ; 4° L'administration du chloroforme et les petites opérations faites par l'élève sous les yeux du professeur. Ici donc, les salles sont ouvertes aux pratiquants, avec certaines restrictions ; chacun d'eux est chargé, à tour de rôle, de suivre un des malades du service, malade qu'il ne pansera pas, mais dont il devra tous les matins noter la température, l'état général, en s'informant auprès de l'assistant ou de l'ammanuensis des incidents qui ont pu se produire ; en somme, il doit se mettre en mesure de répondre, à l'amphithéâtre, aux interrogations du professeur. De plus, une fois par semaine, M. Mickuliz, suivi de tous les pratiquants, fait lui-même la visite générale des salles, leur montre les malades à leur lit, refait devant eux les pansements : ils doivent apprendre beaucoup dans cette seule matinée. Du reste, M. Mickuliz ne craint pas de faire pénétrer ses élèves dans les salles de la clinique, et il faut ajouter que les résultats obtenus à la clinique de Kœnigsberg sont très heureux, que l'antisepsie y est fort bien faite, et qu'elle ne semble nullement souffrir de cette présence temporaire, et réglée des élèves dans les salles. — Le système en usage dans le service du professeur Mickuliz est du reste très analogue au système russe, dans les cliniques russes chaque élève est chargé du soin et de l'observation d'un malade, qu'il doit suivre jusqu'à la fin de sa maladie.

Enfin c'est à Berlin, dans le service de M. le professeur Bardeleben, à l'hôpital de la Charité, que nous trouvons les salles ouvertes journellement aux élèves de la clinique ; mais ils n'y pénètrent qu'à certaines heures, et à la suite du professeur. Tous les jours, de 9 heures 1/2 à 10 heures 1/2, M. Bardeleben fait la visite d'une partie de son immense service (il a 400 lits), suivi des élèves de la clinique : c'est alors ce qui se passe à nos cliniques de Paris. Le reste de son enseignement est ordonné comme il suit : trois fois par semaine, une leçon théorique de une heure (vorlesung) ; puis, à 10 heures, après la visite des salles, la clinique : deux élèves sont appelés pour l'examen des malades du service qui sont présentés ; il n'y a pas de policlinique ; au moment d'opérer, l'observation du malade est lue par un des ammanuensis, et commentée par le professeur. Mais c'est le seul service de Berlin qui s'ouvre ainsi partiellement aux étudiants : les immenses ressources cliniques du Städtisches Krankenhaus (hôpital Municipal), de l'hôpital Augusta restent fermées à l'enseignement.

En Allemagne, comme à Vienne, il faut tenir compte des « cours complémentaires », si l'on veut les appeler ainsi, dus aux assistants et aux privat-docent ou cours pratiques de diagnostic et d'examen clinique, qui se multiplient dans les grands centres (cours payés) : à Breslau, j'ai assisté à un cours de pansement, auquel prenait part plus de la moitié des élèves de la clinique ; il avait lieu à l'amphithéâtre, plusieurs malades du service y étaient successivement amenés et les élèves, à tour de rôle, refaisaient le pansement sous la direction de l'assistant. Il est certain que l'étudiant trouve largement à compléter son instruction clinique, grâce aux cours payés ; à cette condition, les ressources dont il dispose sont même beaucoup plus

(1) Le Kreisphysikus [illegible] d'arrondissement officiel de l'empire ; il en est de même [illegible] d'arrondissement (Kreiswundarzt). Voy. R. Blanchard [illegible], Bordeaux, *Progrès médical*, et P. Loye, *Progrès médical*, nº 12, 1888.

(2) Voir *Progrès médical*, nos 45, 46 et 48.

étendues qu'en France : toutes les branches de la pathologie, toutes les spécialités sont enseignées pratiquement, dans chaque semestre, aux universités allemandes.

Mais la conclusion générale qui se dégage de cette courte revue, c'est que, sans contester, le régime français, qui ouvre à l'étudiant, dès les premières années, tous les hôpitaux, et lui permet plus tard, comme stagiaire ou comme externe, d'étudier longtemps le malade de près, est le plus libéral et le plus heureux de tous ; nulle part, l'initiative personnelle et les moyens de s'instruire par soi-même ne trouvent un aussi large champ. Mais la direction est-elle toujours aussi étroite et aussi effective ?

Il nous reste à parler des examens, ce complément et ce critérium de l'enseignement clinique.

En Allemagne, les examens sont groupés en deux séries qui ont lieu, la première à la fin de la deuxième année d'études (tentamen physicum ou aertzliche vorprüfüng); la seconde au terme du quinquennium academicum (5 ans ou 4 ans 1/2), l'inscription aux facultés pouvant dater du 1er octobre ou du mois d'avril), le staats-examen, l'examen d'Etat.

Le tentamen physicum porte sur la botanique, la zoologie, la chimie, l'anatomie et la physiologie : il se compose, en somme, d'une série d'examens successifs portant sur ces diverses branches et qui se passent l'un après l'autre. Quand un élève échoue à l'un d'eux, il est tenu, pour en venir aux autres, de le recommencer avec succès.

Au staats-examen se rapporte une série d'épreuves théoriques et pratiques sur l'anatomie, la physiologie (qui figurent ainsi deux fois aux programmes d'examen), la clinique externe, la clinique interne, l'obstétrique, l'ophtalmologie, l'anatomie pathologique.

Le titre de arzt, que confère cet examen terminal, donne le droit d'exercer ; la thèse n'est plus qu'une formalité, toujours solennelle, qui permet d'obtenir le titre de doctor. En Russie, la même différence existe entre le Vratsch et le doctor, mais ce dernier titre est beaucoup plus difficile à acquérir et il exige toute une nouvelle série d'examens.

Le mode d'examen est à peu près le même en Allemagne qu'en Autriche. Dans le programme universitaire autrichien, il existe aussi une série d'examens préliminaires (les 3 vorprüfungen), et une série d'examens définitifs (les trois rigorosen).

Les vorprüfungen portent sur la botanique, la zoologie, la minéralogie. Le choix du semestre et l'ordre dans lequel il doit passer ces examens est laissé au candidat ; un échec renvoie à trois mois. Pour chaque vorprufung, il doit solder une taxe de 7 florins (14 fr.) dont 5 reviennent à l'examinateur et 2 au doyen (lequel préside tous les examens, comme nous allons l'exposer plus bas).

Les rigorosen comportent tous une partie pratique, et une partie théorique.

EXAMENS PRATIQUES	EXAMENS THÉORIQUES
1er Rigorosum.	
Anatomie. Physiologie.	Anatomie. Physiologie. Chimie. Physique.
2e Rigorosum.	
Anatomie pathologique. a) Examen de préparation. b) Sur le cadavre. Clinique interne.	Pathologie générale. Thérapeutique. Anatomie pathologique (histologie pathologique). Pharmacologie (pharmaco-dynamique; toxicologie ; art de formuler)
3e Rigorosum.	
Chirurgie. { Examen des malades. Médecine opératoire. Ophthalmologie (examen des malades). Obstétrique (au lit du malade sur le cadavre ou sur le mannequin).	Pathologie interne (pathologie spéciale et thérapeutique des maladies internes). Pathologie externe (pathologie spéciale et thérapeutique des maladies externes). Ophtalmologie. Obstétrique. Médecine légale.

La somme à verser pour le premier rigorosum est de 55 florins (110 fr.), pour le deuxième, 60 florins (120 fr.), pour le troisième, 65 florins (130 fr.). En Allemagne, on verse 250 marcs (312 fr. 50) pour l'examen d'Etat. Le doyen (président du jury) et le commissaire du gouvernement touchent 5 florins pour leur assistance aux épreuves pratiques, et 5 pour leur assistance aux épreuves théoriques de chaque rigorosum; chaque examinateur touche aussi 5 florins par examen pratique ou théorique; le reste de la consignation est déposé à la caisse de l'Université (Kanzleifond).

Les études sont couronnées par la « promotion », qui se fait sous la présidence du recteur, en présence du doyen des professeurs (et aussi, à Prague, du doyen des docteurs), par l'intermédiaire d'un professeur ordinaire, « promoteur ». La taxe de la promotion au doctorat est de 60 florins (120 fr.) : 45 florins reviennent au recteur, 5 au doyen et 5 au promoteur ; 5 autres sont versés à la caisse de l'Université, et le reste est réparti entre les professeurs ordinaires de la Faculté. Une fois promu, le médecin porte le titre de Doctor, der gesammten Heilkunde; les doctorats en médecine et en chirurgie, qui existaient antérieurement, sont remplacés par ce titre général.

Pour être admis au premier rigorosum, le candidat doit présenter deux certificats, constatant : l'un, qu'il a suivi, comme auditeur régulier, c'est-à-dire inscrit (Ordentlicher Horer), les cours magistraux (Medicinische Vorlesüngen), pendant au moins quatre semestres — et l'autre, qu'il a pris part aux exercices de dissection pendant deux semestres. — Pour le deuxième rigorosum, il doit justifier de même qu'il a accompli régulièrement le quinquennium academicum, et, en particulier, qu'il a suivi la clinique interne et la clinique externe pendant quatre semestres, la clinique ophtalmologique et la clinique obstétricale pendant au moins un semestre.

Les rigorosen se passent ordinairement à la fin des études, mais il est permis à l'étudiant de se présenter à quelques-uns des examens, dont ils se composent, au cours des cinq années d'études; après la deuxième année, il peut aborder le deuxième rigorosum, qui porte sur l'anatomie et la physiologie.

Le jury de ces examens est composé tout autrement que dans notre système français. J'ai assisté, à Vienne, à l'une des séances d'un premier rigorosum. C'était l'examen théorique de physiologie; il avait lieu, à l'université, dans une salle spéciale; rigorosen-saal. Le jury était composé du doyen de la Faculté (Prof. Kundrat), d'un commissaire du gouvernement (Regierungs-commissär), du professeur Brücke, professeur de physiologie. Les candidats, au nombre de quatre (redingote et cravate blanche), furent appelés successivement; seul, le professeur Brücke interrogeait; chacun des candidats passait un examen d'un quart d'heure ; le professeur posait d'abord une question générale, que développait le candidat, puis une série d'interrogations. Le doyen et le commissaire du gouvernement n'avaient aucune part effective à l'examen.

Ainsi se passent tous les examens. Le doyen préside tous les jurys (Vorsitzer), et nous avons vu qu'une forte part de la consignation lui revient : elle représente plus de 50 florins par jour. Quand le nombre des examens l'exige, il est remplacé par le pro-doyen (Prodecsan) ou l'un des ascesseurs (Vertreter).

Le commissaire du gouvernement doit être docteur en médecine, il peut faire partie de la Faculté. Il est désigné, au commencement de chaque année scolaire, et pour la durée de celle-ci, par le ministre de l'instruction publique, d'accord avec le ministre de l'intérieur. Il est là pour surveiller, dans l'intérêt public (im öffentlichen Interesse), chacun des trois rigorosum ; il a le droit de poser des questions au candidat (il n'en use jamais). — De plus, au deuxième et au troisième rigorosen, au jury ordinaire est adjoint un coexaminateur, désigné aussi par le gouvernement, dans les mêmes conditions que le commissaire. Mais ce coexaminateur est un examinateur véritable, « il a les droits et les devoirs des autres juges »; au deuxième rigorosum, il fait passer au candidat un second examen théorique de pathologie interne; au troisième rigororum, un second examen théorique de chirurgie. C'est une sorte de contrôle officiel exercé par le représentant du gouvernement, et qui termine la série des examens passés devant les professeurs ordinaires.

En somme, chaque partie théorique ou pratique doit être passée devant le professeur ordinaire correspondant ; ajoutons que plusieurs de ces examens ont lieu dans une seule journée, deux des membres du jury (le doyen et le commissaire du

gouvernement) restent les mêmes et les professeurs se succèdent. Ce système est à peu près identique en Allemagne, et cette dernière prérogative complète la situation spéciale du professeur allemand. — Si le professeur est empêché, ou si le nombre des candidats l'exige, il est suppléé par le professeur extraordinaire affecté à la même branche d'enseignement, ou, encore, par le professeur ordinaire, qui fait un cours sur l'objet de l'examen, ou dont la spécialité s'en rapproche le plus.

Tel est le système général en vigueur; arrivons aux examens cliniques qui présentent un intérêt tout particulier.

Ils ont lieu à l'amphithéâtre de la clinique, le matin généralement, et en présence d'un public toujours nombreux. Le professeur fait venir une série de malades de la policlinique ou des salles, et les fait examiner successivement par les candidats; chaque candidat examine ainsi deux, quelquefois trois malades, mais il doit suivre tout le cours de l'examen, et répondre aux questions qui lui sont posées à l'occasion des autres cas présentés. Le professeur insiste sur le diagnostic différentiel et le traitement; quelquefois même il fait faire au candidat une intervention opératoire de minime importance. C'est la première partie de l'examen pratique de chirurgie.

La deuxième se passe à la salle d'opérations cadavériques. Elle porte sur la médecine opératoire, et relève toujours du même professeur de clinique chirurgicale : elle suit presque toujours immédiatement la première épreuve. Généralement on demande une ligature et une opération, amputation, trachéotomie, résection du maxillaire, ténotomie, etc. Le candidat, avant de prendre le bistouri, doit exposer la technique de l'opération; j'ai remarqué qu'après les amputations, on avait soin de faire rechercher et lier les artères du lambeau.

Pour compléter l'histoire de l'enseignement chirurgical dans les universités allemandes, il nous faut exposer celui de la médecine opératoire.

Enseignement de la Médecine Opératoire.

L'enseignement de la médecine opératoire est organisé, en Allemagne et en Autriche, tout autrement qu'en France. C'est le professeur de clinique chirurgicale qui est chargé en même temps de la chirurgie opératoire; nous allons voir comment et dans quelles conditions il s'acquitte de ces nouvelles fonctions.

En Russie, chaque Faculté compte un professeur de médecine opératoire : il possède un Institut à part ; le plus souvent même, il n'est pas chirurgien d'hôpital. Ainsi en est-il du professeur Tauber, à Varsovie : en face de l'Institut Anatomique, situé lui-même près de l'hôpital de l'Enfant-Jésus, se trouve le pavillon de médecine opératoire : il comprend une salle d'opérations pour les élèves, le cabinet du professeur et celui de l'assistant. M. Tauber y fait par semaine deux cours de deux heures, et surveille ensuite les répétitions par les élèves; ceux-ci sont appelés tour-à-tour, en sorte que l'institut reste ouvert et fonctionne durant toute l'année. M. Tauber est le traducteur de l'ouvrage de M. Tillaux (traité d'anatomie topographique), et plus récemment de la Médecine opératoire de M. le professeur Farabeuf. — A Saint-Pétersbourg, nous retrouvons encore l'Institut de médecine opératoire et d'anatomie topographique, séparé de l'Institut anatomique, et à la tête duquel est placé le professeur Pawlow.

Mais, dans les Universités allemandes et autrichiennes, l'enseignement opératoire reste l'apanage exclusif du professeur de chirurgie. C'est ordinairement dans l'une des salles de l'Institut anatomique, ou de l'Institut pathologique (anatomie pathologique), que les cours ont lieu ; à Vienne, chaque professeur de clinique possède, dans le sous-sol de l'Institut pathologique, une salle spéciale où se font les démonstrations opératoires et où se passent les examens pratiques. Il y a généralement un cours l'hiver, et un cours l'été : à Prague, c'est le professeur extraordinaire qui est chargé du cours l'hiver, et le professeur Güssenbaur fait lui-même celui du semestre d'été. Les séances se tiennent vers la fin de la journée, de 5 à 7 heures généralement, rarement tous les jours, ordinairement trois fois par semaine; il faut ajouter que l'absence de cadavres y introduit quelquefois un peu d'irrégularité. Pendant les deux premiers mois, le cours est théorique : le professeur fait l'exposé des différentes opérations, et les répète lui-même, en expliquant leurs différentes manœuvres, devant les élèves ; le reste du temps est consacré aux répétitions faites par les élèves eux-mêmes. Voilà comment sont organisés les exercices pratiques. Les élèves ne sont pas répartis en groupes, ayant chacun leur cadavre, qu'ils conservent plusieurs jours : à chaque séance, il existe un nombre variable de cadavres ou de fragments de cadavres, qui doivent être utilisés. Une liste des opérations est dressée : nous avons remarqué, à part les ligatures, les amputations et les résections, la trachéotomie, le cathétérisme, la taille, la résection des nerfs maxillaires, la ténotomie du tendon d'Achille, le bec-de-lièvre, etc. A chaque élève le professeur assigne l'opération qu'il aura à faire. Ils arrivent ainsi à remplir une fois le programme opératoire.

Dans un grand nombre d'Universités, le professeur surveille lui-même les répétitions, après avoir fait lui-même le cours théorique; ainsi en est-il à Prague, à Breslau, à Berlin, à Kœnigsberg, à Bâle. A Kœnigsberg, le premier assistant (le plus ancien) est spécialement chargé d'aider et de suppléer le professeur dans l'enseignement opératoire. — Les professeurs de chirurgie s'acquittent avec la plus grande ponctualité de ces fonctions, nous avons vu, dans une Université allemande, un professeur et un professeur extraordinaire surveiller tous deux un cours de répétitions opératoires, auquel, par le manque de cadavres, six élèves seulement prenaient part, et y consacrer plus d'une heure et demie. Ce sont toujours les assistants de la clinique chirurgicale qui servent d'aides de médecine opératoire.

Dans les très grandes Universités, les professeurs se déchargent de ces fonctions sur leurs assistants : ainsi en est-il à Vienne. Les deux assistants du professeur Albert, et ceux du professeur Billroth, font leurs cours opératoires pendant toute l'année, trois fois par semaine, alternativement. Chaque cours dure six semaines ; il comprend 25 élèves ; chaque élève paie 16 florins (32 fr.), s'il est étudiant; 22 florins (44 fr.) s'il est docteur. Les deux ou trois premières leçons sont consacrées à l'exposé théorique des opérations, dont l'assistant pratique lui-même quelques-unes : les autres se passent en répétitions sur le cadavre. L'organisation est du reste identique à celle que nous avons signalée plus haut.

Ainsi, à Vienne, l'enseignement de la médecine opératoire demeure exclusivement confié aux soins des assistants ; deux professeurs extraordinaires sont spécialement attachés à l'enseignement opératoire, mais le programme universitaire ne porte jamais de cours théorique ou pratique fait par l'un d'eux. — A Pesth, le docteur Prognoff, assistant du professeur Kovacs, est aussi chargé de la médecine opératoire ; à Halle, le premier assistant de Volkmann, le Dr Krause, est aussi en même temps à la tête du cours opératoire.

Dans cette organisation, il est un point spécial sur lequel nous devons insister : c'est l'institution des cours de médecine opératoire « atypique » (atypische Operationen). On désigne ainsi les opérations autres que les ligatures, les amputations ou les résections : opérations qui constituent le fond même de la chirurgie, et qui sont en réalité d'une pratique beaucoup plus fréquente que les autres. J'ai assisté à l'un de ces cours d'opérations atypiques, fait par M. le Dr Maydl, privat-docent de chirurgie et ancien assistant du professeur Albert ; c'était à l'Institut pathologique, dans l'amphithéâtre du professeur Hoffmann : le cours dura plus de deux heures ; le professeur, qui en était arrivé aux opérations abdominales, commença par un exposé précis des différentes opérations qui se pratiquent sur l'abdomen :

Gastrotomie et gastrorraphie (Billroth).—Gastrostomie (Verneuil). — Gastrectomie partielle, longitudinale ou circulaire (Péan-Rydygier-Billroth). — Gastrectomie totale, faite en une seule fois (O'Conor).

Gastro-entérotomie (abouchement avec une anse voisine).

Après avoir indiqué le manuel opératoire de chacune d'elles, il pratiqua lui-même sur le cadavre une gastrostomie et une œsophagotomie externe, etc. A ce cours les élèves n'étaient pas admis à répéter eux-mêmes ; mais il est d'autres cours, plus fermés, suivis par un petit nombre de docteurs, où il leur est possible de répéter eux-mêmes les opérations atypiques.

On ne saurait trop insister sur le caractère essentiellement

pratique de ces derniers cours. Les introduire à l'Ecole pratique de Paris serait en faire le couronnement définitif de notre grande école opératoire. Nous devons dire, en effet, que nulle part cet enseignement n'est organisé comme il l'a été chez nous, et, du reste, le vieux renom opératoire des chirurgiens français est toujours très vivant en Europe. (*A suivre*).

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 17. — 2e *de Doctorat* (2e partie) (1re *Série*) : MM. Ch. Richet, A. Robin, Brissaud ; — (2e *Série*) : MM. Fournier, Reynier, Déjérine. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel Dieu) : MM. Bouilly, Kirmisson, Ribemont-Dessaignes ; — (2e partie) (1re *Série*) : MM Damaschino, Rendu, Chauffard ; — (2e *Série*) : MM. Potain, Straus, Landouzy.

MARDI 18. — 2e *de Doctorat*, (2e partie) (1re *Série*) : MM. Mathias-Duval, Raymond, Villejean ; — (2e *Série*) : MM. Ball, Debove, Quenu. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Laboulbène, Peyrot, Schwartz. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Lancereaux, Ballet. — 5e *d'Officiat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Panas, Berger, Maygrier ; — (2e *Série*) : MM. Duplay Tarnier, Brun ; — (2e partie) : MM. G. Sée, Peter, Hanot.

MERCREDI 19. — (Epreuve pratique) Médec. opérat. : MM. Guyon, Reclus, Jalaguier. — 2e *de Doctorat* (2e partie) (1re *Série*) : MM. Ch. Richet, Segond, Reynier ; — (2e *Série*) : MM. Straus, Kirmisson, Joffroy. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Hayem, Déjérine.

JEUDI 20. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Berger, Quenu ; — (2e partie) : MM. Bouchard, Debove, Joffroy. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Le Fort, Tarnier, Schwartz ; — (2e partie) : MM. Laboulbène, Peter, Hanot. — 4e *de Doctorat* : MM. G. Sée, Raymond, Quinquaud.

VENDREDI 21. — 2e *de Doctorat* oral (1re partie) : MM. Fournier, Damaschino, Jalaguier ; — (2e partie) : MM. Hayem, Ch Richet, Segond. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Straus, Rendu, Brissaud. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Kirmisson, Bouilly, Ribemont-Dessaignes ; — (2e partie) : MM. Potain, Déjérine, Landouzy.

SAMEDI 22. — (Epreuve pratique) Médec. opérat. : MM. Le Fort, Brun, Schwartz. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Lancereaux, Ballet. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Duplay, Quenu, Maygrier ; — (2e *Série*) : MM. Tarnier, Berger, Peyrot.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mercredi 19. — M. Destrez. Du traitement hygiénique de la phthisie pulmonaire dans les établissements fermés. — M. Teillard. Contribution à l'étude du traitement de la métrite hémorrhagique. — *Jeudi* 20. — M. Courtade. Contribution à l'étude thérapeutique de la digitale dans les affections organiques du cœur. — M. Hamon. Contribution à l'étude de la congestion pulmonaire idiopathique chez les enfants. — M. Decamps Etude sur les fractures de l'extrémité supérieure du bras (Anatomie pathologique, diagnostic et traitement par l'appareil d'Hennequin). — M. Chanteloube. De l'amputation ostéoplastique du col. — M. Bull. Les verres de lunettes. — *Samedi* 22. — M. Andrerey. De la fièvre typhoïde chez les cardiaques. — M. Puech. Etude sur le traitement du goître par les injections interstitielles de teinture d'iode. — M. Natier. Fièvre des foins, pathogénie et traitement. — M. Jacoby. L'immunité et l'aptitude. — M. Pages. Contribution à l'étude de la pexine.

Enseignement libre dans les hôpitaux

Cours de Clinique infantile. — M. le Dr Auguste OLLIVIER, agrégé libre de la Faculté de médecine, reprendra ses leçons cliniques le lundi 17 décembre et les continuera les lundis suivants. Le mardi et le samedi, consultations complémentaires pour la médecine générale (mardi) et les maladies de la peau (samedi).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 2 déc. 1888 au samedi 8 déc. 1888, les naissances ont été au nombre de 1[illegible]46, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 3[illegible] ; illégitimes, 1[illegible]. Total, 157. — *Sexe féminin* : légitimes, 401 ; illégitimes, 1[illegible] Total, 529.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 2 déc. 1888 au samedi 8 déc. 1888, les décès ont été au nombre de 942, savoir : 492 hommes et 4[illegible] femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 11, F. 6. T. 17. — Variole : M. 2, F. 2, T. 4. — Rougeole : M. 1[illegible], F. 18. T. 37. — Scarlatine : M. 3, F. 0, T. 3. — Coqueluche : M. 2 F. 3. T. 5. — Diphthérie, Croup : M. 25, F. 1[illegible], T. 32. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 108, F. 69. T 177 — Autres tuberculoses : M. 8 F. 10. T. 18. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 7. T. 8. — Tumeurs malignes : M. 18, F. 21. T. 39. — Méningite simple : M. 15, F. 10, T. 25. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 25, F. 27. T. 52. — Paralysie : M. 2, F. 2 T. 4. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 6. T. 10. — Maladies organiques du cœur : M. 31, F. 37. T. 68. — Bronchite aiguë : M. 15. F. 18. T. 33. — Bronchite chronique : M 16, F. 24. T. 40. — Broncho-Pneumonie : M. 12, F. 11. T. 23. — Pneumonie : M. 13. F. 23. T. 36. — Gastro-entérite, biberon : M. 29. F. 14. T. 43. — Gastro-entérite, sein : M. 8, F. 1. T. 9 — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0. F. 5. T. 5. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 4. T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0. F. 2. T. 2. — Débilité congénitale : M. 13. F. 7, T. 20. — Sénilité : M. 13, F. 21. T 34. — Suicides : M. 8, F. 3, T. 11. — Autres morts violentes : M. 7. F. 3. T. 10. — Autres causes de mort : M. 78. F. 75. T. 153. — Causes restées inconnues : M. 6, F. 4, T. 10.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 96, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 35, illégitimes, 20. Total : 55. — *Sexe féminin* : légitimes, 27 ; illégitimes, 14. Total : 41.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Un congé, pendant l'année scolaire 1888-1889, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Richet, professeur de clinique chirurgicale. — M. KIRMISSON, agrégé, est chargé, pendant l'année scolaire 1888-1889, d'un cours de clinique chirurgicale. — M. le docteur KALT, chef de clinique ophthalmologique adjoint, a été chargé des fonctions de chef de clinique, pendant l'année scolaire 1888-1889, en remplacement de M. le docteur Valude, démissionnaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. MAIRET vient d'être nommé professeur de clinique des maladies mentales et nerveuses à cette Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — *Concours pour une place de chef de clinique médicale.* — En exécution de l'arrêté ministériel du 15 mai 1882, un concours pour une place de Chef de clinique médicale s'ouvrira à la Faculté de médecine de Nancy, le lundi 21 janvier 1889, à 8 heures du matin. La durée des fonctions est de trois années et le traitement annuel de 1,200 fr. Sont admis à concourir les Docteurs en médecine français, non pourvus du titre d'agrégé et les Etudiants en médecine ayant soutenu leurs cinq examens de doctorat, à la condition qu'ils soient docteurs dans les six mois. La place de chef de clinique est incompatible avec celle de chef des travaux, de préparateur et d'aide dans les différents laboratoires. Les épreuves sont au nombre de trois : 1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie interne, avec les considérations d'anatomie et de physiologie qui s'y rapportent ; cinq heures sont accordées pour la rédaction ; 2° Une leçon clinique, d'une durée d'une demi-heure au plus, sur deux malades appartenant à la spécialité, après un examen de quinze minutes pour chacun des malades ; 3° Une épreuve pratique d'anatomie et d'histologie pathologiques. La durée de cette épreuve sera fixée par le jury. Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté de médecine, avant le vendredi 18 janvier 1889, à quatre heures. Ils auront à produire leur acte de naissance dument légalisé, leur diplome de Docteur en médecine ou un certificat constatant qu'ils ont soutenu les cinq examens pour le doctorat.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ANGERS. — M. CHALEUX, professeur d'anatomie, est maintenu pour trois ans, dans les fonctions de directeur de ladite école, à partir du 20 décembre 1888.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE CLERMONT. — Par décret en date du 10 décembre 1888, rendu sur le rapport du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, vu la délibération du conseil municipal de Clermont, et l'avis de la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique, il est créé une chaire de physique.

ECOLE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE CLERMONT. — Un concours s'ouvrira le 20 juin 1889, à la Faculté de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit cours. — M. SOLON, bibliothécaire de la Bibliothèque universitaire, est nommé en outre, bibliothécaire de l'école préparatoire de médecine et pharmacie. — M. BERGER, professeur de chimie interne, est maintenu, pour trois ans, à partir du 10 octobre 1888, dans les fonctions de directeur de ladite école.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Externat.* Les questions posées à l'épreuve de pathologie depuis notre dernier numéro ont été les suivantes : *Saignée* ; — *Vaccine et vaccination* ; — *Fractures de la clavicule* ; — *Brulures*.

Concours de la bourse de voyage ancienne médaille d'or. —

Le lauréat, pour la section de *chirurgie*, est M. ALBARRAN, interne de 4e année à l'hopital Necker ; pour la section de médecine, le concours continue.

HÔPITAUX DE PARIS.— *Concours pour la nomination à deux places de pharmacien.*— Un concours pour la nomination à deux places de pharmacien dans les hôpitaux et hospices de civils de Paris, sera ouvert le lundi 4 février 1889, à une heure précise, dans l'Amphithéâtre de la Pharmacie centrale de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, 47. Les personnes qui voudront concourir devront se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration, depuis lelundi 7 janvier jusqu'au lundi 21 du même mois inclusivement, de onze heures à trois heures.

ASILES D'ALIÉNÉS DE FRANCE.— *Concours pour les places de médecins adjoints des Asiles.* — Voici la liste des membres du Jury du concours qui s'ouvrira, le 20 décembre à la Préfecture, pour la *Région de Lyon :* Président, M. l'Inspecteur général. A. Regnard. Jurés titulaires : MM. les Drs Pierret, professeur de clinique des maladies mentales, à Lyon, médecin en chef à l'asile public de Bron ; Danis, directeur médecin de l'asile public de Saint-Dizier (Haute-Marne) ; Boudrie, directeur-médecin de l'asile de Bassens (Savoie) ; Dumaz, directeur-médecin de l'asile de Dijon (Côte-d'Or). Juré suppléant : Dr Rousseau, directeur-médecin de l'asile d'Auxerre (Yonne). — Pour la *Région de Paris*, le concours aura lieu le 26 décembre, à la caserne Lobau. Jury : Président, M. l'inspecteur-général A. Regnard. Jurés titulaires : MM. les Drs Ball, professeur de clinique des maladies mentales ; Foucher, directeur-médecin de l'asile public de Nangeat (Haute-Vienne) ; Delaporte, directeur-médecin de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure) ; Magnan, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne. Juré suppléant : Dr Mordret, médecin en chef de l'asile public du Mans.

ASILE D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — *Concours de l'internat.* — La composition écrite a eu lieu lundi 10 décembre. La question donnée a été : *Cordon postérieur de la moelle (anatomie et physiologie).* Les candidats sont au nombre de 17 pour 8 places. Les questions restées dans l'urne étaient : *N. moteur oculaire commun* (a. et p.) ; — *Corps striés* (a. et p.).

ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE. — La 57e session de cette Association aura lieu à Leed, le 30 juillet 1889, sous la présidence de M. Wholhouse.

BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITAIRE DE BORDEAUX.—Est pourvu du certificat d'aptitude aux fonctions de bibliothécaire dans les bibliothèques universitaires, M. TISSIÉ, docteur en médecine, sous-bibliothécaire à la bibliothèque universitaire de Bordeaux.

CHARLATANISME. — Le tribunal correctionnel vient de condamner à 200 francs d'amende un employé de commerce, ancien étudiant en médecine, qui a fait subir, à toutes les servantes d'une brasserie, une inspection médicale, en se faisant passer pour médecin chargé d'un nouveau service sanitaire créé par la préfecture de police. (*Gaz. Hôp.*).

CONCOURS VULFRANC-GERDY. — Ce concours vient de se terminer par la nomination de M. Gauly, interne des hopitaux de Paris, et de M. Gresset.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE. — La Commission d'organisation du Congrès international d'hygiène et de démographie qui aura lieu à Paris, le 4 août 1889, a décidé que, indépendamment des communications faites par les membres du Congrès à titre privé, sept questions seraient mises à l'ordre du jour et feraient l'objet de rapports préliminaires. Voici ces questions : 1. *Hygiène de l'enfance.* Protection et hygiène du premier âge, etc. — 2. *Hygiène urbaine et rurale.* Construction et disposition des habitations privées ou collectives. — Chauffage. — Ventilation. — Canalisations souterraines. — Constructions rurales. — Etables. — Fosses à fumier, etc. — 3. *Microbiologie appliquée à l'hygiène.* — Maladies épidémiques et contagieuses. — 4. *Hygiène industrielle et professionnelle.* — Enfance ouvrière. — Industries insalubres. — Maladies professionnelles. — 5. *Hygiène internationale et hygiène administrative.* — De l'assainissement des ports. — 6. *Hygiène alimentaire.* — Falsifications. — Eaux potables. — Filtrage, etc. — 7. *Démographie.* — Statistique sanitaire.

CHLOROFORME DANS LES HÔPITAUX. — Dans le dernier numéro nous avons publié une note relative au chloroforme des hôpitaux. Nous avons reçu les explications suivantes : Le chloroforme délivré dans les hopitaux est absolument pur. Plusieurs chirurgiens ont demandé du chloroforme de M. Yvon. Mais M. Yvon lui-même a déclaré que le chloroforme qu'il fabrique est identique à celui des hôpitaux. Il faut conserver le chloroforme dans des flacons noirs, précaution qui n'est pas toujours exécutée. Nous savons que toutes les précautions sont prises à la pharmacie centrale pour délivrer du chloroforme pur. Il serait très intéressant, pensons-nous, de faire des recherches comparatives sur le chloroforme français et sur celui que les Anglais trouvent au commerce. C'est là une question d'une importance capitale, car, à l'heure qu'il est, prétendent du moins certains chimistes, il est fort difficile, sinon impossible pratiquement, de s'assurer de la pureté d'un chloroforme donné.

ÉPIDÉMIES. — *Variole.* — On signale une épidémie de variole maligne à Tours. On revaccine partout.— L'épidémie de variole de la Martinique continue à s'améliorer ; mais des mesures sanitaires sont toujours prises dans cette île. — *Fièvre jaune.* L'épidémie de la Floride est en decroissance notable. On a fait la remarque que seule, parmi les Etats du Sud des Etats-Unis, la Floride était dépourvue d'un service sanitaire sérieux. Aussi n'y a-t-il rien d'étonnant à ce que l'épidémie ait atteint d'aussi grandes proportions. A Jacksonville il y a eu 4.665 cas et 407 décès, c'est-à-dire une mortalité de 9 0/0 ; à Fernandina, il n'y a eu que 1.202 cas et 38 décès, c'est-à-dire une mortalité de 3,2 0/0. — La fièvre jaune vient d'apparaître dans l'île de Palma (Canaries) ; elle y a été apportée par un navire espagnol. — *Scarlatine.* On annonce qu'une épidémie de scarlatine sévit au fort de Tourtous, près Barcelonnette.

FEMMES-MÉDECINS. — On trouvera de précieux renseignements sur ce sujet dans la thèse de doctorat de Mlle Schultze ; mais nous pouvons déjà dire qu'en Russie il existe actuellement 342 femmes exerçant la médecine. — Aux Indes, les femmes-médecins forment 3 catégories : doctoresses diplômées, dames aides-chirurgiens, dames aides dans les hôpitaux. Elles sont plus payées que les hommes. Les écoles inférieures de médecine renferment près de 200 élèves. Au Medical Collège de Calcutta, il y a 24 jeunes étudiantes, 29 au Grand Medical Collège.

JURISPRUDENCE MÉDICALE. — D'après un arrêté du tribunal civil de Saint-Etienne (1re Chambre, présidence de M. Duplessis, audience du 27 juin 1888), ayant pour titre : *Séparation de biens ; démence du mari ; péril de la dot*, si l'état de démence du mari n'est pas par lui-même un motif pour prononcer la séparation de biens, il peut en devenir un lorsque l'internement de l'aliéné dans une maison de santé occasionne des dépenses telles que la garantie des reprises de la femme doit fatalement disparaître à bref délai.

RÉCOMPENSES. — Une médaille d'argent vient d'être décernée à M. le Dr LAURIER, médecin de colonisation à Tenès (Algérie) (épidémie typhique de mars et avril 1888) et une mention honorable a été donnée à Me Marcot, ex-infirmière de l'hôpital civil de Mascara (vingt années de service).

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — M. Giraud, étudiant à 16 inscriptions, a été nommé élève de santé militaire (Bordeaux).

SERVICE DE SANTÉ AU TONKIN. — Nous croyons savoir que plusieurs cas de choléra ont été signalés à bord d'un transport, actuellement en route du Tonkin pour la France, et qui rapatrie des malades. A ce propos, il serait à souhaiter que l'état sanitaire de la colonie tonkinoise — qui laisse beaucoup à désirer — appelat d'une façon sérieuse l'attention de qui de droit sur le fonctionnement actuel du service de santé dans ce pays. Contentons-nous de dire pour aujourd'hui qu'il y a insuffisance manifeste du personnel, et que nos soldats en subissent les conséquences. (*Bull. méd.*).

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. *Mutations.* — M. le médecin de 1re classe Dubut est désigné pour remplir les fonctions de chef du service de santé du Soudan fançais, en remplacement de M. le docteur Fras. M. le médecin principal de Fornet prend le service médical de la division de Rochefort, et M. le médecin principal Aube celui du service médical de l'Arsenal. M. le médecin de 1re classe Vantalon, affecté au service médical des corps de troupe de la marine, servira au régiment d'artillerie, et complément d'effectif. M. le médecin de 2e classe Julien-Laferrière, provenant de Brest, sert au bataillon d'infanterie de marine détaché à Lorient. M. le Dr Delattre, a été, sur sa demande, licencié de son emploi de médecin auxiliaire de la marine. M. le médecin de 1re classe, Négadelle est désigné pour embarquer sur le *Requin.* M. le medecin de 1re classe, Laurent est désigné pour embarquer sur le *Cyclope.* M. le médecin de 1re classe Augier est désigné pour embarquer sur la *Saône.*

La liste de départ pour les colonies et d'embarquement des officiers du corps de santé a été arrêté ainsi qu'il suit au 1er décembre : *Médecins en chef :* MM. 1. Chastang ; 2. Michel ; 3. Allanic. *Médecins principaux :* MM. 1. Deschiens ; 2. Gaultier de Laferrière ; 3. Danguy des Déserts ; 4. Nègre ; 5. Delisle 6. Boulain ; 7. Roux ; 8. Léonard dit Champagne ; 9. Mathis ; 10. Vincent ; 11. de Fornel ; 12. Barret ; 13. Geoffroy ; 14. Aube. *Médecins de 2e classe :* MM. 1. Gandelin ; 2. Avrillaud ; 3. Guinier ; 4. Rul ; 5. Vasticar ; 6. Blanc ; 7. Ehrmann ; 8. Roux-Freissineng ; 9. Hutre ; 10. Guilland ; 11. Sisco ; 12. Lebrasse ; 13. Carrière ; 14. Kieffer ; 15. Portel ; 16. Tuin ; 17. Cordier ; 18. Durand ; 19. Le Méhauté ; 20. Mirabel ; 21. Lassabatie ; 22. Percheron ; 23. Geay de Couvalette ; 24. Duprat ; 25. Chauvel ; 26.

Mestayer; 27. Guérin ; 28. Cap is ; 29 Bahier ; 30. Puybaret ; 31. de Bonadona; 32. Rouch ; 33. D. scots ; 34. Blanc ; 35. Le Clerc; 36. Villette ; 37. Mondon ; 38. Dumas , 39 Ripoteau. *Médecins des troupes* : MM. les médecins de 1re classe, 1. Dupouy ; 2 Aix: 3. Ayme ; 4. Vantalon. MM. les médecins de 2e classe, 1. Leclerc ; 2. Julien-Laferrière ; 3. Preux ; 4. Galbruner ; 5. Bellard ; 6. Tricard.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. *Mutations.* — M. le médecin de 1re classe Gouzien est désigné pour aller remplir les fonctions de chef du service de santé du Soudan français, aux lieu et place de M. le docteur Dubut. M le medecin de 2e classe Delahay est désigné pour servir aux tirailleurs sénégalais, en remplacement de M. Fabre. M. le médecin de 2e classe Avrilleaud est désigné pour embarquer sur le *Bouvet*. Les médecins de 2e classe dont les noms suivent sont désignés pour embarquer dans la station locale du Sénégal, savoir : MM. Gandelin, sur l'*Africain* : Guinier, sur le *Goëland* ; Rul, sur l'*Ardent;* Vasticar, sur la *Mésange;* R.-P.-A. Blanc, sur la *Cigale*, en remplacement de MM. Salaun, Reboul, Daliot, Gargam et Lefèvre. MM. les médecins de 2e classe Ehrmann et Roux-Freissineng sont désignés pour servir à terre au Sénégal, en remplacement de MM. Rolland et Villard

Réserve. — Est promu au *grade de médecin en chef*: M. le DrGillet, médecin en chef de la marine en retraite.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr MENGIN (d'Angers). — M. le Dr LE BAILLY, aide-médecin de la marine. — M. le Dr DECAUDIN (de Paris), ancien interne des hôpitaux de Paris, médaillé militaire, médecin des bureaux de bienfaisance. — M. le Dr CAVALIER, professeur honoraire de la Faculté de médecine de Montpellier, décédé à Montpellier, à 67 ans. — M le Dr S. POINSOT (de Bordeaux), chirurgien des hôpitaux de cette ville, professeur agrégé à la Faculté de médecine, membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris, etc. Le *Progrès médical* a publié, de M. Poinsot : *Contribution à l'histoire clinique des tumeurs du testicule*, 28 pages. — M. le Dr MAYDIEU (de Saint-Sylvestre, Lot-et-Gar.). — M. le Dr CHARÉE (de Neufchateau, Vosges) reçu en 1852.

AVIS A NOS ABONNÉS.— *L'échéance du 31 DÉCEMBRE étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement expire à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée le **25 janvier**, *augmentée de* UN FRANC *pour frais de recouvrement. Nous les engageons donc à nous envoyer leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal. *— Enfin, nous invitons ceux d'entre eux qui auraient égaré des numéros de 1888 à nous les réclamer* **avant le vingt janvier.**

HÔPITAL HOMOEOPATHIQUE SAINT-JACQUES. (*Ruelle Voltaire 227, rue de Vaugirard, 227*). — M. le Dr P. JOUSSET commencera son cours de clinique thérapeutique le dimanche 16 décembre, à 9 heures du matin, et le continuera les dimanches suivants. Visite des malades tous les matins à 8 heures 1/2.



Chronique des hôpitaux.

HÔPITAL BICHAT.— *Médecine.*— Service de M. le Dr HUCHARD, Consultation spéciale pour les maladies du cœur, à 9 h. le vendredi ; examens microscopiques au laboratoire. — Salle Bazin (H.) : 1, insuffisance mitrale ; 3, fièvre typhoïde ; 5, néphrite (bruit de galop, paralysie du moteur oculaire commun); 6, rétrécissement aortique ; 7, insuffisance aortique et insuffisance mitrale fonctionnelle ; 10, asthme, insuffisance aortique légère, souffle extra cardiaque d'origine pulmonaire ; 15, adenome du foie ; 17, cancer de l'estomac (rémission, vomissements roses sanguins) ; 18, insuffisance aortique, alcoolo-syphilis ; 19, rétrécissement aortique, insuffisance mitrale, retentissements diastolique de la base, albuminurie ; 22, cardiopathe artériel, tachycardie, arythmie; 22 *bis*, néphrite parenchymateuse ; 29, dysentérie chronique et hémorroïdes — Salle Louis (F.) : 1, rhumatisme blennorrhagique du poignet ; 5, insuffisance mitrale, asystolie ; 13, rétrécissement mitral, cirrhose du foie ; 16, asphyxie locale des extrémités ; 20, goitre exophtalmique ; 27, téphro-myélite antérieure aiguë ; 30, insuffisance mitrale ; 31, insuffisance aortique.

Service de M le Dr GAILLARD-LACOMBE. — Salle Andral (H.) : 1, bronchite ; 2, insuffisance mitrale ; 3, ramollissement cérébral ; 4, anévrysme de l'aorte ; 5, rhumatisme blennorrhagique; 6, eczéma, 7, tuberculose pulmonaire ; 8, gastrite alcoolique ; 9, aphasie ; 10, eczema ; 11, insuffisance aortique ; 12, mal de Bright ; 13, cirrhose atrophique ; 14, broncho-pneumonie . 15, tuberculose pulmonaire; 17, tuberculose pulmonaire ; 18, diabète ; 19, bronchite ; 20, saturnin ; 21, bronchite ; 22, rhumatisme ; 23, chancre syphilit.; 24, paralysie radiale ; 25, tuberculose pulmonaire ; 27, 28, insuffisance mitrale ; 29, tuberculose pulmonaire ; 30, angine tuberculeuse; 31, éthylisme; 32, tuberculose. — Salle Recamier (F.) : 1, tuberculose ; 2, pelvi-péritonite ; 3, 4, diabète ; 5, dysentérie; 6, cirrhose atrophique ; 8, lésion mitrale ; 9, carcinome de l'estomac ; 10, chloro-anemie ; 11, insuffisance mitrale ; 12, insuffisance et rétrécissement mitral ; 13, épiploïte ; 14, albuminurie ; 15 f. typhoïde ; 16, M. de bright; 17, carcinôme de l'estomac; 20, pachyméningite cervicale ; 21, hystérie ; 22, hémorrhagie cérébrale ; 23, bronchite ; 24, carcinôme hépatique.

Chirurgie. — Service de M. le Dr TERRIER. — Salle Chassaignac (F.) : 2, épithélioma du col, curetage ; 3, salpingite opérée ; 4, arthrite tuberculeuse du genou, résection ; 5, kyste de l'ovaire; 6, sarcome de l'utérus ; 7, fracture compliquée de jambe ; 8, ankylose du coude, ostéotomie trochléiforme ; 8 *bis*, prolapsus utérin ; 9, tumeur du corps thyroïde, extirpation ; 10, néoplasie intra-utérine ; 10 *bis*, dacryocystite suppurée ; 11, rétroversion utérine; 11 *bis*, salpingite ; 12, pied bot ; 13, néoplasie intestinale, accidents d'occlusion ; 14, plaie pénétrante du crâne, trepanation ; 15, hémorrhoïdes, prolapsus rectal ; 16, cataracte glaucomateuse double ; 17, kyste ovarique ; 17 *bis*, rétroversion utérine avec prolapsus ; 18, hernie ombilicale, cure radicale ; 19, sarcome du creux poplité ; 20, hernie ombilicale volumineuse; 21, kyste de l'ovaire ; 22, salpingite et métrite, dilatation, grattage ; 23, épithélioma de la langue, ablation partielle ; 24, salpingite ; 27, hypertrophie énorme du col utérin, pelvi-péritonite ; 26, kyste de l'ovaire, pédicule végétant, ovariotomie incomplète; 27, salpingite; 28, salpingite ; 29, fibrome utérin ; 30, kyste de l'ovaire, opéré. — Salle Jarjavay (H.) : 1, fracture du crâne, troubles intellectuels; 2, fracture compliquée de jambe, suture osseuse ; 4, tuberculose de la bourse prérotulienne ; 5, cystite tuberculeuse ; 7, uréthrotomie externe (rétrécissement blennorrhagique, fistules périnéo-scrotales), 8, hygroma suppuré des terrassiers, syphilis ; 9, orteil en marteau (opération de Terrier) ; 10, écrasement de l'avant-bras ; 13, cure radicale de hernie inguinale étranglée ; 14, tuberculose testiculaire ; 15, plaie penetrante du genou, infection ; résection secondaire; thromboses multiples infectieuses, accidents dus aux antiseptiques chez un enfant; 16, coxalgie ; 19, lymphadénome du cou; 20, ostéomyélite du fémur ; 21, épithélioma du rectum ; 24, fracture de cuisse ; 28, ostéo-sarcôme du coude ; 29, hernie inguinale double (cure radicale) ; 25 et 30, fractures de l'humérus (appareils d'Hennequin). Nous appelons spécialement l'attention des étudiants sur les diagnostics signalés ci-dessus.

HÔPITAL LAENNEC. — *Service de chirurgie.* — Salle Chassaignac (F.) : 1, rétrocession utérine et hystéropexie ; 2, métrite ; 3, métrite ; 3, ovario salpingite (non opérée) ; 4, cataracte opérée; 5, dacryocystite ; 6, ovaro salpyngite, laparotomie, ablation des annexes ; 7, métrite cervicale ; 8, cancer du sein ; 9, fracture bimalléolaire ; 10, abcès pelvien, laparotomie; 11, ovaro salpyngite, laparotomie, ablation des annexe; 12, kystosarcome ovarien, laparotomie, ablation ; 13, tumeur abdominale. (*A suivre.*)

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VIII. N° 51. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 22 DÉCEMBRE 1888.

Le Progrès Médical

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE :
M. TARNIER.

Leçon inaugurale.

Messieurs,

En entrant dans cet amphithéâtre je tiens avant tout à rendre un hommage public aux professeurs éminents qui ont illustré la chaire dont je suis chargé aujourd'hui, c'est-à-dire à P. Dubois, à Depaul et à M. Pajot.

Succéder à de tels hommes est une tâche si difficile que je ne l'entreprends pas sans crainte, bien que je puisse m'inspirer du souvenir très vif de leurs leçons, car tous trois ont été mes maîtres directs.

En effet, la chaire de clinique d'accouchements de Paris n'a été réellement fondée qu'en 1834 (1), et son premier titulaire, P. Dubois, l'occupait encore en 1861, alors que j'étais en même temps son chef de clinique et agrégé à la Faculté. Ce cumul ne pourrait plus exister aujourd'hui ; mais, à cette époque, il était possible et légitime. Voici comment : D'une part, les chefs de clinique étaient nommés sans concours, sur la simple proposition des professeurs ; d'autre part, les agrégés, après leur nomination, faisaient d'abord trois ans de stage avant d'entrer en fonctions. Dans ces conditions, P. Dubois, dont j'avais été l'interne à la Maternité en 1856, voulut bien me promettre que je serais son chef de clinique en 1861 et 1862. — Survint le concours d'agrégation de 1860 ; je me présentai et je fut nommé. Heureusement je n'étais qu'agrégé stagiaire, ce qui permit à P. Dubois de maintenir sa promesse relative au clinicat. Je fus donc son dernier chef de clinique (1861 et 1862) ; mes fonctions furent même prolongées, et je devins, pendant quelques semaines, en 1862 et 1863, le premier chef de clinique de Depaul qui, après la démission de P. Dubois, venait d'être nommé professeur.

Je vous ai dit que la chaire de clinique d'accouchements de Paris, n'avait été réellement fondée qu'en 1834. Comment expliquer qu'une création aussi utile ait été si tardive ? Pour essayer de répondre à cette question, il me paraît intéressant de rechercher devant vous quel était autrefois l'état dans lequel se trouvaient les hôpitaux d'accouchements et l'enseignement de l'obstétrique. Vous pourrez ainsi comparer le passé et le présent, et vous rendre mieux compte des progrès accomplis.

Au XIIIe siècle, se trouvait déjà à l'Hôtel-Dieu une salle d'accouchements, et jusqu'en 1797 les femmes enceintes ou en couches furent admises dans cet hôpital. Mais ces malheureuses y étaient si misérablement installées qu'on est pris de pitié quand on lit la description qui nous en a été laissée par Tenon et que j'ai déjà reproduite dans ma thèse inaugurale. Ecoutez plutôt ce qu'écrivait Tenon, en 1788 : « L'emploi des femmes grosses renferme 67 grands lits et 27 petits ; ils étaient occupés le 12 janvier 1786 par 175 femmes grosses ou accouchées et par 16 femmes de service. La situation des nouvelles accouchées est encore plus déplorable : elles sont, de même, *deux, trois, quelquefois quatre* dans le même lit, les unes à une époque de leurs couches, les autres à une autre époque. N'est-ce pas dans ces lits que sont confondues les accouchées saines avec les malades, avec celles qui sont atteintes de cette fièvre puerpérale qui en fait tant périr ? Quelle santé tiendrait à cette affreuse situation ! Quelle maladie n'en serait pas accrue ? Enfin, qu'on entr'ouvre ces lits de souffrance, il en sort, comme d'un gouffre, des vapeurs humides, chaudes, qui s'élèvent, se répandent, épaississent l'air, lui donnent un corps si sensible que le matin, en hiver, on le voit s'entr'ouvrir à mesure qu'on le traverse, et on ne le traverse point sans un dégoût qu'il est impossible de surmonter. »

La mortalité des femmes en couches placées dans ces conditions déplorables était environ de 10 %, et ce qui m'étonne, c'est qu'elle n'ait pas été beaucoup plus considérable encore.

Après l'Hôtel-Dieu, l'hôpital Saint-Louis reçut aussi des femmes en couches ; mais les résultats qu'on y obtenait n'étaient guère meilleurs qu'à l'Hôtel-Dieu.

Si le mode d'assistance offert aux femmes en couches était lamentable, celui qui avait pour but de sauvegarder la vie des enfants abandonnés était devenu presque aussi déplorable. Confié en 1638 à une dame veuve, le service des Enfants-Trouvés était tombé très promptement dans un tel abandon que les servantes chargées de soigner ces enfants les vendaient 20 *sols* par tête à des mégères qui s'en servaient comme d'un moyen de réclame pour la mendicité (1). Un trafic aussi criminel souleva l'indignation publique et suscita la charité de saint Vincent-de-Paul qui réorganisa ce service avec l'aide de quelques personnes charitables et obtint, en 1640, que les Enfants-Trouvés seraient envoyés au château de Bicêtre, où ils restèrent jusqu'en 1770, époque à laquelle ils furent ramenés à Paris, dans un hospice qui fut installé rue Neuve-Notre-Dame, à l'un des coins du Parvis Notre-Dame (2). C'est là que des nourrices de la province attirées par la rémunération qu'on leur accordait venaient les chercher pour les emmener à la campagne où elle les allaitaient. Cette organisation était excellente. Malheureusement, en 1793, le discrédit du papier monnaie découragea ces nourrices qui cessèrent de venir à Paris. Dès lors, un très grand nombre de nouveau-nés, entassés à l'hospice des Enfants-Trouvés, périrent victimes de l'allaitement artificiel.

Pour remédier à un tel état de choses et améliorer

(1) En l'an VII, l'Ecole de médecine avait obtenu la création de cette chaire ; mais, pour des raisons particulières, elle avait fait ajourner la nomination du titulaire. Lorsque la Faculté fut supprimée, en 1822, il y avait trois chaires d'accouchement : une de théorie pour les élèves en médecine, — une de théorie pour les élèves sages-femmes, — une de clinique d'accouchements pour les élèves en médecine. Cette dernière chaire existait en droit, mais non de fait. (Corlieu ; la *France médicale*, Paris, 1883, Tome II, p. 680).

(1) *Mémoire historique et instructif sur l'Hospice de la Maternité*, imprimé par décision du Conseil général d'Administration des hospices civils. Paris, 1808.

(2) Même *Mémoire historique*.

en même temps le service des femmes en couches, la Convention nationale rendit presque coup sur coup plusieurs décrets; mais nous ne mentionnerons que ceux qui eurent une réelle importance.

Le 25 février 1794 (7 ventôse an II), la Convention décréta que le couvent du Val-de-Grâce, qu'on avait réservé pour fonder *un hospice d'humanité militaire*, servirait à former un établissement qui recevrait les enfants trouvés et les femmes enceintes ou en couches. En exécution de ce décret, les Enfants trouvés qui avaient reçu le nom d'*Enfants naturels de la Patrie* furent transportés du Parvis-Notre-Dame au Val-de-Grâce, le 13 juillet 1795 (25 messidor an III); mais on n'eut pas le temps d'y installer les femmes en couches; car, moins de trois mois plus tard, le 1er octobre 1795 (10 vendémiaire an IV), un nouveau décret transformait définitivement le Val-de-Grâce en hôpital militaire, et ordonnait que les enfants trouvés seraient transportés dans l'ancien couvent de Port-Royal, situé au coin de la rue de la Bourbe et de la rue du faubourg St-Jacques, là où se trouve la Maternité actuelle (1), tandis que les femmes en couches seraient transférées dans l'Institution de l'Oratoire, rue d'Enfer, dans l'emplacement où l'on voit aujourd'hui l'hospice des Enfants-Trouvés.

Les femmes en couches et les enfants trouvés, en échange du grand espace qu'ils auraient occupé au Val-de-Grâce et qui venait de leur être retiré, devaient donc occuper deux maisons distinctes; mais celles-ci étaient encore réunies sous la même administration et formaient ensemble ce qu'on appela l'*hospice de la Maternité* qui eut ainsi deux Sections: la Section de l'allaitement (Port-Royal) et la Section de l'accouchement (l'Oratoire de la rue d'Enfer).

Le décret du 1er octobre 1795 (10 vendémiaire an IV), qui avait organisé l'hospice de la Maternité, devait être promptement exécuté; aussi, le 16 octobre 1795 (25 vendémiaire an IV), les enfants trouvés quittaient le Val-de-Grâce et prenaient possession de Port-Royal, tandis que l'Institution de l'Oratoire était livrée aux ouvriers chargés d'y exécuter les travaux nécessaires pour l'approprier à un service d'accouchements. Mais ces travaux d'aménagement marchèrent si lentement qu'en attendant leur terminaison, on se décida, le 2 août 1796 (14 thermidor an IV), à ouvrir quelques salles de Port-Royal aux femmes enceintes qui, à partir de cette date, accouchèrent partie à l'Hôtel-Dieu et partie à la maison de Port-Royal, où se trouvèrent momentanément réunis les enfants trouvés et un certain nombre de femmes en couches qui y furent soignées sous la surveillance de Mme Lachapelle (2), fille et adjointe de Mme Dugès, sage-femme en chef de l'Hôtel-Dieu.

Enfin, le 9 décembre 1797 (19 frimaire an VI), les travaux de l'Institution de l'Oratoire de la rue d'Enfer étant terminés, les femmes en couches y furent envoyées avec Mme Lachapelle, et l'ancien couvent de Port-Royal resta affecté aux enfants trouvés et à quelques femmes enceintes que l'on conduisait à l'Oratoire au moment même de leur accouchement.

Cette organisation dura jusqu'au 1er octobre 1814, mais à cette date il y eut, entre la Section de l'allaitement et celle de l'accouchement, un véritable chassé-croisé. Par décision de l'administration de l'hospice de la Maternité qui avait à pourvoir aux besoins de ces deux Sections, les femmes en couches quittèrent l'Oratoire de la rue d'Enfer où elles étaient trop à l'étroit et vinrent dans la maison beaucoup plus spacieuse de Port-Royal, tandis que les enfants trouvés étaient transportés de cette dernière maison dans les bâtiments de l'Oratoire. Ce double déplacement est resté définitif, car depuis le 1er octobre 1814 l'hospice des Enfants-Trouvés est installé rue d'Enfer où il a été pourvu d'une administration particulière, tandis que les femmes en couches occupent encore l'ancien couvent de Port-Royal, connu maintenant et administré sous le nom d'*Hospice de la Maternité*.

Laissez-moi vous dire quelques mots de cette Maternité, qui, après avoir en partie fonctionné de 1795 à 1797 comme hôpital mixte (accouchements et enfants-trouvés), n'a été, en somme, définitivement et exclusivement consacrée à l'obstétrique qu'en 1814. Pour moi, cet hôpital est plein de souvenirs. J'y suis entré, comme interne, en 1856 et y suis revenu comme chirurgien en chef en 1867. Voilà plus de vingt et un ans que j'ai pris l'habitude d'y travailler; le meilleur de ma vie scientifique s'y est écoulé; aussi, n'est-ce pas sans un serrement de cœur que, prochainement, je quitterai cet hôpital dans lequel j'ai commencé ma carrière obstétricale et rédigé ma thèse inaugurale qui, à mon avis, est peut-être le meilleur de mes travaux. Je vous demande donc la permission de vous exposer rapidement le sommaire de cette thèse soutenue il y a plus de 30 ans. Voici ce sommaire: Les femmes en couches, en quittant l'Hôtel-Dieu, trouvèrent à la Maternité des conditions hygiéniques excellentes en apparence, et cependant la mortalité y resta épouvantable. Pendant mon internat, en 1856, j'y vis mourir 132 femmes. Avec un tel chiffre on se serait cru revenu aux mauvais jours de l'Hôtel-Dieu si bien décrits par Tenon au siècle dernier. Aussi, mon attention fut-elle vivement attirée par cette mortalité et m'imposai-je la tâche d'en rechercher la cause. Je fis des relevés statistiques comparatifs qui me permirent d'affirmer que la mortalité était 17 fois plus considérable à l'hôpital qu'en ville; j'entrepris avec Vulpian quelques recherches de laboratoire; j'expérimentai même sur les animaux; en résumé, j'arrivai à la conclusion que la fièvre puerpérale est contagieuse, aussi, à chaque page de ma thèse se retrouvent les mots *poison, empoisonnement puerpéral, virus*, mais le mot *contagion* est celui qui revient le plus souvent sous ma plume, et voici quelle est la dernière phrase de cette thèse: « *C'est avec sincérité et conviction que nous soutenons que la fièvre puerpérale est contagieuse* (1). »

La fièvre puerpérale contagieuse! Certes, en 1857, c'était une affirmation hardie, car alors les médecins, en France du moins, ne croyaient pas à la contagion de cette maladie. Aussi, la plupart de mes maîtres me désapprouvèrent. Heureusement pour moi, l'année suivante, en 1858, s'éleva à l'Académie de médecine une longue et importante discussion sur la fièvre puerpérale, et j'eus la bonne fortune et la satisfaction d'y entendre souvent citer ma thèse. Velpeau prit part à cette discussion: après avoir fait vérifier ma statistique sur l'exactitude

(1) Avant l'année 1625, l'emplacement sur lequel s'élève la Maternité actuelle était occupé par l'Hôtel de Clagny. En 1625 cet hôtel fut acheté par la veuve Arnauld, et occupé, en 1626, par les religieuses de Port-Royal-des-Champs et leur abbesse qui était fille de la veuve Arnauld. Cet hotel devint ainsi un couvent appelé Port-Royal de Paris. En 1790 ce couvent fut supprimé et transformé, en 1792, en prison appelée ironiquement Port-Libre. Enfin, en 1795, cette prison fut remplacée par la Maternité.

(2) Delacoux. — *Biographie des sages-femmes célèbres*. Paris, 1885, p. 98.

(1) Tarnier. Thèse inaugurale, Paris, 1857.

de laquelle il avait tout d'abord conçu des doutes, il vint, avec sa grande autorité, déclarer que j'étais dans le vrai. Dès lors, ma cause était gagnée, et la contagiosité de la fièvre puerpérale compta bientôt de nombreux partisans.

A cette époque, la méthode antiseptique n'étant pas encore découverte, que pouvait-on faire contre cette contagion? Dans un mémoire publié en 1858 (1), postérieurement à la discussion de l'Académie, je consacrais un chapitre à la prophylaxie; j'y demandais la création de plusieurs petites Maternités et j'en esquissais le fonctionnement: je conseillais de donner à chaque femme en couches une chambre particulière, et je résumais ma pensée dans la phrase suivante: « *isoler autant que possible les nouvelles accouchées, les séparer les unes des autres* ». Cette phrase, tirée de la page 99 de mon texte, sert même d'épigraphe à ce mémoire dans lequel j'écrivais encore qu'un médecin ayant fait une autopsie de fièvre puerpérale doit éviter de donner des soins immédiats à une femme en couches, qu'*il doit changer de linge, se laver avec un soin particulier et faire usage de liquides désinfectants.* — Cette prophylaxie avait une importance incontestable, car, lorsqu'elle fut mise en pratique à la Maternité, elle y fit tomber la mortalité de 9,3 % à 2,3 %, avant tout emploi de la méthode antiseptique (2).

Sept ans plus tard, en 1866, M. le Pr Le Fort, après avoir relevé à l'étranger un grand nombre de documents, publia sur les Maternités un livre important (3), dans lequel il formula à peu près les mêmes propositions que les miennes. Pour lui, en effet, comme pour moi, la mortalité des femmes en couches est beaucoup plus considérable à l'hôpital qu'en ville et la fièvre puerpérale est contagieuse.

Mais, depuis qu'il a publié ce livre, mon collègue Le Fort croit que la plus grosse part de la priorité relative à la contagion de la fièvre puerpérale et à sa prophylaxie doit lui appartenir. Comment expliquer une pareille illusion? Probablement parce que j'avais admis en 1857 que *la fièvre puerpérale est épidémique et contagieuse*, tandis que dans son livre de 1866, en prenant rang parmi les contagionnistes, il se déclare en même temps l'adversaire du génie épidémique, auquel il refuse d'ailleurs avec raison toute influence dans l'étiologie de cette maladie.

Mon cher collègue et ami Le Fort est même très tenace dans ses revendications qu'il a récemment renouvelées en 1888 dans son *Introduction* à la neuvième édition du *Manuel opératoire* de Malgaigne; je m'en console facilement, car, malgré tous les arguments qu'il a pu invoquer, il reste et restera évident pour tout le monde comme pour vous, Messieurs, que sept ans avant lui j'avais longuement soutenu et clairement démontré que la fièvre puerpérale est contagieuse et que j'en avais tracé la prophylaxie. Voilà la vérité.

Au milieu des revendications qu'il a formulées dans son Introduction à la neuvième édition du *Manuel de médecine opératoire* de Malgaigne, M. le Pr Le Fort a écrit (p. 13) le passage suivant:

« En 1858, mon collègue et ami Tarnier, comparant la mortalité de la Maternité à celle de la clientèle civile de l'arrondissement de Paris où était situé cet établissement, constata qu'il était mort à la Maternité une accouchée sur 17, tandis qu'en ville il n'y avait eu qu'une mort sur 222. Il semblerait qu'en présence de ces chiffres, Tarnier eut dû conclure que la contagion était la cause *unique* de cette effroyable mortalité. Il n'en fut rien. S'il crut à la contagion, comme beaucoup d'accoucheurs, il continua, comme tous, à donner au *quid diabolicum* de l'épidémie la part la plus large dans la propagation de la maladie. « Je crois, disait-il, à la contagion, mais je ne veux pas lui assigner le rôle principal dans l'étiologie de la fièvre puerpérale (p. 94). » — « La contagion n'est sans doute que l'une des causes qui peuvent propager la fièvre puerpérale; il est possible même qu'elle ne se révèle que pendant les épidémies intenses, pour disparaître dans les cas sporadiques. »

Après la lecture de ce passage de l'*Introduction* de M. Le Fort, je ferai tout d'abord remarquer que les phrases citées entre guillemets et empruntées par lui au mémoire que j'ai publié en 1858, ne sont que la reproduction exacte de celles qui se trouvent déjà dans ma thèse de 1857. Or, si en 1858, après la discussion de l'Académie *beaucoup d'accoucheurs* croyaient à la contagion de la fièvre puerpérale, il n'en était pas de même en 1857, car à cette date j'étais, en France, à peu près le seul accoucheur soutenant que cette maladie est contagieuse. D'ailleurs, pour répondre complètement à l'argumentation de M. le Pr Le Fort, il me suffira de reproduire textuellement les trois derniers paragraphes des conclusions de ma thèse inaugurale.

Voici ces trois paragraphes:

« Si la fièvre puerpérale n'était qu'épidémique, elle causerait approximativement des ravages aussi considérables dans la clientèle civile que dans les hôpitaux, et nous avons montré une *différence immense* dans la mortalité. L'empoisonnement puerpéral frappe non seulement les femmes en couches, mais il s'étend encore aux femmes ou aux jeunes filles pendant l'écoulement menstruel, et jusqu'aux enfants nouveau-nés. Nous avons montré que l'infection est incapable de rendre compte d'une pareille extension, et que les précautions hygiéniques qui ont fait disparaître les causes d'infection, n'ont que peu diminué le nombre des décès; nous croyons donc être dans le vrai en disant que la fièvre puerpérale est épidémique et contagieuse. »

« La contagion n'est sans doute que l'une des causes qui peuvent propager la fièvre puerpérale; il est possible même, qu'elle ne se révèle que pendant les épidémies intenses, pour disparaître dans les cas sporadiques; *mais, telle qu'elle s'est présentée à notre observation, la fièvre puerpérale devient contagieuse.* »

« Nous n'avons pas inventé les faits, nous ne les avons pas fait plier à une idée préconçue; nous les avons discutés avec impartialité, en nous appuyant sur les règles de la pathologie, et c'est avec sincérité et conviction que nous soutenons que la fièvre puerpérale est contagieuse (thèse de 1857). »

Qu'on lise avec attention ces trois paragraphes et l'on sera convaincu, je l'espère, que loin d'attribuer à l'épidémie la part la plus large dans la propagation de la fièvre puerpérale, ainsi que me le reproche mon collègue Le Fort, cette part la plus large, je l'accorde nettement à la contagion.

Pourquoi, d'ailleurs dans le passage de son *Introduction* que j'ai reproduit au commencement de cette note, mon ami Le Fort cite-t-il l'avant-dernier paragraphe de ma thèse en l'amputant de son dernier membre de phrase (voir plus haut) qui en est cependant le complément indispensable, sans lequel ma pensée est incomplète ou dénaturée? Ce membre de phrase: « *mais, telle qu'elle s'est présentée à notre observation, la fièvre puerpérale devient contagieuse,* » résume pour ainsi

(1) Tarnier. — *De la fièvre puerpérale observée à l'hospice de la Maternité*, chez J.-B. Baillière, Paris, 1858.
(2) A[illegible], avr. 1884.
(3) Léon Le Fort. — *Des Maternités*. Paris, 1866.

dire toute ma thèse de 1857, et je proteste énergiquement contre sa suppression; sa réintégration s'impose donc, et c'est en y procédant que je termine cette digression.

Mais je ne veux pas retenir plus longtemps votre attention sur la mortalité des femmes en couches et la contagion de la fièvre puerpérale; j'ai hâte de vous parler de deux personnalités éminentes en obstétrique, de Mme Lachapelle et de Baudelocque, qui illustrèrent la Maternité en y dirigeant le service d'accouchement et l'enseignement donné aux élèves sages-femmes.

Dès l'année 1795, Mme Lachapelle avait été chargée de surveiller tous les détails de l'installation de la Maternité (1), et quand les femmes en couches furent transportées à l'Oratoire de la rue d'Enfer (voir plus haut), elle s'y installa avec elles et y resta jusqu'en 1814, époque à laquelle elle vint résider à la Maternité de Port-Royal où elle mourut en 1821. A Mme Lachapelle, première sage-femme en chef de la Maternité, succédèrent Mmes Legrand, Charrier, Alliot, Callé, Henry, qui en rivalisant de zèle ont su conserver intacte la grande renommée de cet hôpital et de cette école.

Pendant que Mme Lachapelle s'installait à la Maternité de l'Oratoire, Baudelocque en était bientôt nommé l'accoucheur en chef et le professeur; il fut donc le premier accoucheur chargé d'un service régulier dans les hôpitaux, mais comme il mourut en 1810, il n'eut jamais de service obstétrical dans la maison de Port-Royal où Mme Lachapelle, je l'ai déjà dit, devait revenir en 1814, avec les femmes en couches. — A l'illustre Baudelocque succédèrent Antoine Dubois, Paul Dubois, Danyau et le professeur Trélat, qui fit à la Maternité un séjour de trois ans et demi en qualité de chirurgien en chef; j'y entrai moi-même, au même titre, en 1867.

L'école de sages-femmes de la Maternité avait eu des débuts très modestes, et c'est à peine si tout d'abord l'on y comptait cinq ou six élèves, exactement comme à l'Hôtel-Dieu avant 1797. Mais en 1802, le Ministre de l'intérieur, Chaptal, par des arrêtés successifs organisa puissamment cette école qui devint bientôt extrêmement prospère. Ces arrêtés ont été réunis sous le nom de *Code de la Maternité*, et je suis sûr que vous entendrez avec intérêt la lecture de l'article 97 du règlement du 22 février 1802; voici cet article: « Il sera donné à l'hospice de la Maternité une instruction pratique sur les accouchements à laquelle seront admis des *élèves médecins ou chirurgiens* et des élèves sages-femmes. » Ainsi donc, en 1802, les étudiants étaient libéralement admis à la Maternité, mais ses portes leur furent promptement fermées parce que les élèves sages-femmes y affluaient en très grand nombre.

En dehors de la Maternité, quelles étaient alors les sources de l'enseignement obstétrical; comment celui-ci s'était-il constitué? Si nous remontons au XVe et au XVIe siècle, nous voyons que jadis les accouchements étaient presque entièrement aux mains des sages-femmes, voire même des simples matrones. Les hommes étaient presque exclus de la pratique des accouchements, aussi bien à l'hôpital que dans la clientèle privée; les médecins n'étaient guère appelés que dans les cas graves, et quelquefois alors ils se faisaient assister par les chirurgiens qui leur étaient à peu près subordonnés. Vous trou-

(1) Delacoux. — *Biographie des sages-femmes célèbres*, p. 98, Paris, 1834.

verez sur ce sujet de curieux documents dans un livre très intéressant publié cette année (1) et dans lequel Mlle Carrier a rapporté ce qui se passait autrefois à l'Hôtel-Dieu, dans le service des femmes en couches.

Malgré cet ostracisme, il y eut bon nombre d'accoucheurs dont le nom est resté justement célèbre. Assurément ce doit être pour nous un sujet d'étonnement et d'admiration de voir, avec un champ d'observation aussi entravé, surgir en France des hommes comme Ambroise Paré, J. Guillemeau (XVIe siècle); Viardel, Portal, Peu, Mauriceau (XVIIe siècle); Amand, Dionis, de La Motte, Levret, Puzos, Deleurye, Solayrès, Baudelocque (XVIIIe siècle), qui par de merveilleux efforts parvinrent à établir la science des accouchements sur des bases remarquablement solides.

Baudelocque, vous ai-je dit, doit être considéré comme le premier accoucheur ayant eu un service dans les hôpitaux, à la Maternité; c'était bien peu pour une ville comme Paris. Aussi en 1835, Velpeau, dans la préface de la deuxième édition de son *Traité de l'art des accouchements*, proclamait-il la nécessité de créer dans les hôpitaux des services spéciaux d'obstétrique, et de placer à leur tête des accoucheurs. La demande de Velpeau était trop juste pour ne pas être entendue tôt ou tard, mais ici le progrès n'a marché qu'à pas extrêmements lents. Ce ne fut qu'en 1881 qu'une Commission, dont j'eus l'honneur de faire partie, fut nommée par l'Assistance publique pour donner son avis sur l'opportunité de la création de services à confier à des accoucheurs et sur l'organisation de ces services. L'avis de la commission fut favorable à cette création et, malgré une vive opposition et une polémique non moins vive, l'administration de l'Assistance publique décida que des accoucheurs nommés au concours prendraient rang dans les hôpitaux à côté des médecins et des chirurgiens. Le premier concours eu lieu en 1882. Aujourd'hui, les accoucheurs des hôpitaux, au nombre de 9, rendent de très grands services à l'Assistance publique et lui font assurément honneur. C'est pour moi un sujet de joie et de fierté, car la plupart d'entre eux ont été mes internes à la Maternité.

J'arrive enfin à l'enseignement de l'obstétrique: Le premier cours d'accouchements fut institué par La Peyronie, en 1743, au Collège de Chirurgie; il était destiné aux sages-gemmes et Puzos en fut chargé. Peu de temps après, en 1745, la Faculté de médecine imitait cet exemple et confiait un cours semblable à Astruc qui se vantait de ne jamais avoir fait d'accouchement.

Quels furent les professeurs qui succédèrent à Puzos et à Astruc? Je ne suis pas en mesure de vous le dire avec certitude pour la fin du XVIIIe siècle; mais, à partir de 1794, je peux, grâce aux recherches de M. le Dr Corlieu (2), vous donner la liste exacte des professeurs d'accouchement à la Faculté de médecine:

Chaire de théorie :

1794 — 1816	:	Alphonse Leroy (mort assassiné par son domestique).
1816 — 1818	:	. . . . .
1818 — 1822	:	Pelletan.
1823 — 1829	:	Désormeaux.
1830 — 1862	:	Moreau.
1863 — 1883	:	Pajot.
1884 — 1888	:	Tarnier.

(1) H. Carrier. — Origines de la Maternité de Paris. Les maîtresses sages-femmes et l'office des accouchées de l'ancien Hôtel-Dieu. Steinheil, Paris, 1888.

(2) Corlieu. *France médicale*, Paris, 1883.

Professeurs-adjoints :

1794 — 1810 : Baudelocque.
1811 — 1822 : Desormeaux.

Les professeurs dont je viens de rappeler les noms furent exclusivement chargés du cours théorique fait aux étudiants. Si je ne vous ai pas jusqu'ici parlé de la chaire de clinique, c'est que celle-ci n'existait pas encore, à Paris du moins.

Ce fut dans une ville de province, à Strasbourg, que fut créée la première chaire de clinique obstétricale, ainsi que cela résulte d'une note du professeur Herrgott, publié en 1881 par Depaul dans les *Archives de Tocologie* : « Ce fut vers 1730 que fut fondée, à Strasbourg, une Maternité, où non seulement les sages-femmes, mais les étudiants purent recevoir *l'enseignement au lit des malades*. J.-J. Fried en fut le premier professeur. » Mais lui et ses successeurs ne s'occupèrent guère que de l'enseignement à donner aux sages-femmes. Si bien qu'on peut considérer Flamant comme le premier professeur de clinique obstétricale destinée aux étudiants en médecine ; d'abord professeur de clinique externe à Strasbourg, il y devint ensuite *professeur de clinique externe et d'accouchements*, et continua son enseignement obstétrical jusqu'en 1833. M. Stoltz, dont le nom est partout vénéré, lui succéda comme professeur de clinique d'accouchements en 1834 et ne prit sa retraite qu'en 1879, à Nancy, où sa chaire avait été transportée après la guerre de 1870 de maudite mémoire. Après lui la clinique d'accouchement de Nancy fut occupée par mon très cher ami le professeur Herrgott qui, en pleine santé et en pleine activité scientifique, arriva à la limite d'âge fixée par le décret de 1885 ; il a du moins la joie de se voir remplacé par son fils, le professeur Alphonse Herrgott.

Paris était en retard sur la province. En 1823, on fit cependant une tentative fort louable assurément, mais restée improductive : Deneux fut, en effet, nommé professeur de clinique d'accouchement, mais comme on ne sut pas lui trouver un service d'hôpital, il ne fit jamais de leçon.

La chaire de clinique obstétricale ne fut donc véritablement créée qu'en 1834, et mise au concours la même année. A la suite de ce concours, P. Dubois était nommé en mai 1834, quelques mois avant le professeur Stoltz de Strasbourg, et prenait possession de sa chaire à l'hôpital des cliniques, place de l'Ecole-de-Médecine, où il professa jusqu'en 1862. Quand il se retira, il fut remplacé par l'un de ses élèves de prédilection, Depaul. En 1881, l'hôpital de la place de l'École-de-Médecine devant disparaître, la chaire de clinique obstétricale était transportée rue d'Assas, ici-même. Depaul inaugura donc le nouvel hôpital où il resta jusqu'à sa mort survenue en 1883. A Depaul succéda le professeur Pajot qui prit sa retraite en 1886.

Chaire de clinique d'accouchements :

1834 — 1862 : Paul Dubois.
1862 — 1883 : Depaul.
1883 — 1886 : Pajot.

Depuis la retraite de M. le professeur Pajot, c'est-à-dire depuis deux ans, la clinique a été dirigée par deux agrégés de grand mérite, M. Pinard en 1886-1887, M. Budin 1887-1888, qui tous deux ont fait des leçons dans cet amphithéâtre avec un égal talent et un égal succès. Mais M. le ministre de l'Instruction publique a pensé que la chaire de clinique ne devait pas rester plus longtemps sans professeur, et il m'a délégué pour l'occuper, bien qu'en réalité je sois encore titulaire de la chaire de théorie. Je vais dire pourquoi : Lorsque M. Pajot prit sa retraite, la Faculté de médecine exprima le désir d'avoir deux chaires de clinique obstétricale et de faire faire le cours théorique par un agrégé ; elle demanda donc l'autorisation de transformer la chaire de théorie en chaire de clinique qui serait transportée à la Maternité, dans mon service actuel, tandis que les élèves sages-femmes de cet hôpital y auraient été mises en possession de bâtiments neufs restés jusqu'ici sans affectation. L'Assistance publique, au contraire, consentait à céder à la Faculté ces bâtiments neufs, mais elle voulait conserver pour ses élèves sages-femmes mon service actuel. Cette dissidence fit naître des rapports contradictoires et entraina des lenteurs inévitables. L'accord s'est fait péniblement et il est aujourd'hui décidé que la nouvelle chaire de clinique sera installée dans les bâtiments neufs de la Maternité. Mais quelques dépenses sont nécessaires, si bien que pour être exécutoire cette décision doit être ratifiée par la Chambre des députés et par le Sénat. Un vote favorable n'est pas douteux et malgré tout la question sera définitivement réglée avant la fin de l'année. En 1889 vous aurez donc à votre disposition une deuxième chaire de clinique. Vous êtes incomparablement plus favorisés que vos devanciers ; pour le reconnaitre, il vous suffira de jeter un regard en arrière, vers le passé : dans la seconde moitié du siècle dernier et au commencement de celui-ci, les cours théoriques sont fondés ; en 1834, on crée une chaire de clinique ; en 1878, les cours complémentaires sont institués ; en 1880, M. Farabeuf avec le concours de M. Bar, organise des exercices pratiques de manœuvres et d'opérations obstétricales ; à partir de 1884 le cours du professeur de théorie et le cours complémentaire fait par l'agrégé sont combinés de telle sorte qu'en une seule année scolaire toute l'obstétrique est professée ; enfin en 1889 une deuxième chaire de clinique d'accouchement s'ouvrira pour vous. La Faculté de médecine de Paris, vous le voyez, a marché d'un pas incessant vers le progrès.

Il me reste à vous dire brièvement comment je comprends l'organisation de mon service et de vos études cliniques. Tous les matins, à 8 h. 1/2, je ferai la visite en commençant par la salle d'accouchement et en terminant par les salles des accouchées. Jusqu'ici les dortoirs des femmes enceintes avaient été délaissés ; mais, à mon avis, vous y trouverez des éléments d'instruction au moins aussi nombreux et intéressants que dans les salles des accouchées ; aussi y ferai-je une longue visite trois fois par semaine, les lundis, mercredis, vendredis, et je veux que vous vous y exerciez, sous mes yeux et mon contrôle, au diagnostic de la grossesse, des présentations et des positions. De plus, M. Budin avait obtenu que la réception des femmes enceintes, au lieu d'être laissée aux sages-femmes, fût faite par le chef de clinique assisté par des étudiants inscrits pour cela en séries. Cette modification ayant donné de bons résultats, je la conserverai.

Quant à la pratique même de l'obstétrique et aux soins à donner aux femmes pendant le travail de l'accouchement, la Faculté sait et n'oublie pas que, tout en favorisant autant que possible l'instruction des étudiants, elle doit aussi pourvoir à l'éducation professionnelle des élèves sages-femmes dont le nombre est considérable, 144 actuellement. Comment faire ? Le mieux est de suivre l'organisation qui avait été réglementée par les professeurs P. Dubois, Depaul, Pajot. Les étudiants occuperont la salle d'accouchement de 8 h. du matin à

10 heures du soir, les sages-femmes de 10 heures du soir à 8 heures du matin. Pendant la journée, six étudiants formant une série seront de garde dans cette salle ; pendant la nuit, un certain nombre de sages-femmes groupées en une autre série feront la garde dans la susdite salle. Tous les étudiants et toutes les sages-femmes seront successivement appelés à faire partie de ces séries de garde. Enfin, en dehors de l'heure de ma visite, les élèves sages-femmes seront, aussi bien la journée que la nuit, chargées des soins à donner aux accouchées et aux enfants nouveau-nés.

Les leçons cliniques auront lieu le mardi et le samedi à l'amphithéâtre ; le jeudi sera consacré à la consultation de gynécologie. Mon intention sur ce point n'est pas de m'occuper avec vous de gynécologie chirurgicale comportant de graves opérations : je pense en effet que, d'une part, les risques de mortalité et de complications fébriles que courent les opérées sont dangereuses dans un hôpital de femmes en couches, et que, d'autre part, il n'est pas sans dangers, pour les opérées, d'être soignées conjointement avec des femmes nouvellement accouchées. Le jeudi, tantôt je vous ferai des conférences de gynécologie, tantôt un certain nombre d'entre vous, désignés et prévenus d'avance, viendront exécuter devant moi, sur le fantôme, les opérations obstétricales.

Dans la journée, libre accès vous sera donné à la salle de travail. Pour vous faire connaître le moment où s'effectuera un accouchement ou une opération, et pour vous éviter des déplacements inutiles, j'ai obtenu de M. le Doyen, qu'un signal mis en communication électrique avec l'hôpital serait placé dans ce but à l'Ecole de médecine même. C'est, je pense, la meilleure manière de renouveler la vieille mesure si commode jadis, alors que la Clinique était voisine de la Faculté, et qui consistait à annoncer les accouchements au moyen d'un fanal allumé à la porte.

Je ne puis terminer ma leçon sans vous parler du premier devoir qui vous incombe avant de pénétrer dans les salles : chacun de vous doit prendre le plus grand soin de se maintenir en état d'asepsie parfaite. Songez que la santé des femmes en dépend et que nous devons tous, sans exception, nous astreindre rigoureusement aux règles de la méthode antiseptique.

Maintenant, Messieurs, allez parcourir toutes nos salles, constatez leur excellent état sanitaire, et, si vous n'avez pas oublié l'horrible mortalité qui décimait autrefois l'Hôtel-Dieu et la Maternité, vous serez vivement frappés de l'étendue des progrès accomplis.

CONFÉRENCE SCIENTIFIQUE. — La série de conférences organisées par la *Bibliothèque des amis de l'instruction* du Ve arrondissement sera inaugurée le samedi 29 courant, à 8 heures 1/2 du soir, salle des mariages de la mairie, place du Panthéon, par une conférence de M. le Dr de LANESSAN sur *Buffon et le Darwinisme*.

CONSEIL ACADÉMIQUE D'ALGER. — A la suite des élections qui ont eu lieu en exécution de la loi du 27 février 1880 et du décret du 16 juillet 1880 et des nominations faites par le ministre, ont été nommés, entre autres, membres du Conseil académique d'Alger : MM. TEXIER, directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie; POMEL, directeur de l'Ecole préparatoire de l'enseignement supérieur des sciences; SÉZARY, professeur à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie ; THÉVENET, professeur à l'Ecole préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences ; le docteur SANDRAS, conseiller général d'Oran.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le Conseil supérieur de l'Instruction publique est convoqué en session ordinaire pour le lundi 24 décembre 1888. La durée de cette session sera de sept jours.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Sur la théorie chimique de la cachexie cancéreuse.

La cachexie cancéreuse (1) est un phénomène qui dénote l'imprégnation du sang et de tout l'organisme par des produits secrétés par la néoplasie, indépendamment de toute ulcération et de toute absorption septiques, sans fièvre par conséquent. C'est un signe précoce ; l'amaigrissement rapide, la perte de goût pour toute chose, la difficulté d'être et la teinte jaune paille sont en effet les plus importants des signes généraux, moraux, du développement d'un néoplasme encore caché. M. G. Sée regarde cette pseudo-anémie initiale des cancéreux comme le seul signe révélateur, parfois pendant un temps assez long, de l'invasion du mal (G. Sée: Intoxiqués virulents ; leçon sur les pseudo-anémies, recueillie par Schlemmer, in *Union méd.*, 7 juillet 1888, p. 84). Cette cachexie détermine dans le sang en particulier une destruction des globules rouges et une leucocytose correspondante, semblable à celle qui survient chez un animal anémié par une hémorrhagie assez forte, ou dans les anémies pernicieuses (leucocytose étudiée récemment par un des élèves du professeur Hayem, M. le Dr G. Alexandre, thèse de Paris 1887).

Le problème qui se pose est donc celui-ci : en présence d'un empoisonnement chimique bien déterminé par ses effets, empoisonnement accompagnant constamment à des degrés divers la néoplasie, peut-on essayer de déterminer : 1° si cet empoisonnement est un ; causé par une même leucomaïne ; où s'il diffère suivant les néoplasmes que l'on considère. 2° Si les connaissances histologiques que nous possédons sur les tumeurs malignes peuvent guider la chimie dans cette recherche. En résumé la question est de supprimer ce mot vague et inutile de *cachexie*, et de lui substituer une notion biologique précise, comme on est en train de substituer au mot Cancer la notion de faits anatomo-pathologiques fixes et dérivés des connaissances anatomiques acquises.

Depuis fort longtemps les tumeurs ont été regardées comme le *résultat* d'une cacochymie, d'une dyscrasie particulière ; d'après Virchow (Path., des tumeurs, éd. française, 1867, p. 22), à qui nous empruntons ces détails, de nombreuses tentatives furent faites dans cette voie, au commencement du siècle, à Paris et à Strasbourg, par Thénard, Vauquelin, Lassaigne, mais sans résultats. On ne trouva rien que l'on put donner comme substance spécifique, particulière aux tumeurs. On en arriva à placer dans les albuminoïdes non classés, *ce caput mortuum* de la chimie biologique, cette substance propre aux cancers; Rokitansky faisait des tumeurs une maladie de l'albumine (1846).

En présence de ces résultats si minimes, les études chimiques sur les tumeurs furent pendant longtemps abandonnées. Virchow dit même que l'on voit peu de jalons d'où l'on puisse conclure à la possibilité de dé-

---

(1) Le mot Cancer est ici pris uniquement dans le sens clinique, dans le sens de tumeur maligne : nous n'avons pas besoin de rappeler qu'au point de vue histologique il ne veut rien dire.

couvrir des alcaloïdes particuliers aux tumeurs, dont ils seraient les éléments essentiels. Bien plus, ajoute-t-il, tout nous indique que ces substances, si elles existent, sont très peu stables, qu'elles sont en voie de transformation, qu'elles passent en chemin par différents stades dans lesquels elles peuvent exercer un effet différent, *analogue aux ferments de toute sorte* (1). Plus loin (p. 39), Virchow parlant des rapports qui existent entre les tumeurs et la dyscrasie sanguine, dit que : si quelquefois, comme dans les tumeurs leucémiques, dans le goitre, il peut à peine surgir un doute sur l'antériorité de la dyscrasie relativement aux tumeurs, dans un nombre de cas beaucoup plus grand, l'altération du sang, résulte bien plutôt de l'absorption, de l'introduction dans la circulation de substances provenant d'une tumeur préexistante.

Nous ne sommes pas maintenant plus avancés qu'il y a vingt ans : mais la question change de face et se pose à la suite des recherches nombreuses qui ont eu pour résultat d'édifier la théorie épithéliale du cancer. C'est aux savants français, auxquels on ne rend pas assez justice que sont dus les plus grands efforts en ce sens ; on se rappelle les luttes ardentes de Robin, poursuivant si ardemment la généralisation de ses vues si élevées d'anatomie générale contre Virchow et les partisans de la théorie conjonctive des carcinomes. Maintenant, Robin est mort et sa théorie de l'origine épithéliale de la plupart des tumeurs règne en maîtresse. Son seul point faible, était l'hétérotopie, c'est-à-dire le développement de tumeurs semblables aux épithéliomes dans des points où l'épithélium n'existe : mais pour chacune des sortes de ces tumeurs, les histologistes modernes, depuis que Cohnheim a montré l'importance des débris embryonnaires, [illegible] trouvent le plus souvent un li- [illegible] d'un organe voisin, ou les vestiges d'un organe embryonnaire, point de départ de la tumeur dont l'hétérotopie n'était ainsi qu'apparente. A côté de M. Malassez dont les démonstrations relatives au [illegible] débris paradentaires sont le type [illegible] presque le [illegible] le plus achevé de ce genre de recherches, nous trouvons encore ici les élèves du professeur Robin, Tourneux et Herrmann, qui viennent de montrer l'importance pathologique des débris de la [illegible] dans la région sacrée (l'existence des vestiges médullaires, in *Journal de l'Anat.*, 1887, p. [illegible]).

Nous devons entrer dans quelques détails sur la théorie épithéliale, car c'est elle qui [illegible] pouvoir [illegible] la cachexie cancéreuse. C'est en [illegible], que Robin, en France, exposa le premier l'idée que les productions épithéliales de l'intérieur des glandes pouvaient en être les [illegible] 1865. La même année [illegible] le du [illegible] la démonstration [illegible] de l'hypothèse avancée par Robin pour les hypertrophies glandulaires. Waldeyer, dans son mémoire de 1872, fit le même travail pour l'épithélioma du foie, de l'estomac et de l'intestin, enfin des différents organes splanchniques.

(1) [illegible] de Virchow.

Aussi la situation est-elle modifiée par ces travaux et voyons-nous Rindfleisch se demander si la cachexie cancéreuse ne résulte pas de la résorption des produits anormaux de ce néoplasme glandulaire, privé par son développement aberrant des voies d'excrétions normales. « Il s'agit là, sans doute, dit-il, de ferments qui, *analogues au suc gastrique*, agissent sur les albuminoïdes du sang, les détruisent et empêchent qu'il ne s'en forme de nouveaux. » (Rindfleisch : Eléments de Pathologie, Trad. Schmitt, Paris, 1886, p. 75). En admettant la spécificité absolue des épithéliums des tumeurs, on peut se demander jusqu'à quel point la cellule d'un épithéliome du pancréas par exemple participe aux propriétés biologiques de la cellule pancréatique normale, en d'autres termes, si c'est à l'aide des ferments naturels du pancréas qu'elle empoisonne l'économie, puisque, comme nous venons de le voir, la question de la cachexie se trouve ramenée à celle d'une auto-intoxication. Pour quelques auteurs et en particulier pour M. Bard. (Anat. Path. générale des Tumeurs, *Arch. physiologie*, année 1885; et Bard et Pic: Cancer du pancréas, in *Revue de médecine*, avril-mai 1888), la question serait, semble-t-il, tranchée au point de vue morphologique, l'épithéliome de chaque glande étant assez facilement reconnaissable. Mais la description de la cellule de l'épithéliome du pancréas, telle que la donnent ces auteurs, ne correspond pas à celle de la cellule pancréatique. Il y aurait donc, à côté de chaque type normal, un sous type, une ombre, un reflet, qui serait la cellule pathologique ; et le lien qui les réunit, la loi des dissemblances est encore à poser. D'ailleurs les cancroïdes qui déterminent si souvent avec un très petit volume de tumeur une cachexie marquée ne sont composées que de cellules du corps de Malpighi non sécrétoires ; de même pour les sarcomes malins et les tumeurs hétérotopiques, où chercher l'équivalent physiologique de la sécrétion de la tumeur ? Donc, tout en admettant comme logique, au point de vue de la théorie, la possibilité d'observer des composés chimiques spécifiques de chaque tumeur épithéliale, nous devons faire sur ce point les plus grandes réserves jusqu'à présent.

Ces composés chimiques, spécifiques ou non, sont probablement des leucomaïnes, comparables à celles que M. le professeur Gautier a signalé dans les urines, la salive, les venins, certaines sécrétions glandulaires, entre autres celles du ver à soie, et qu'il a vu liées récemment dans le muscle (*Bulletin de l'Académie de médecine*, février 1886). Nous pensons que c'est d'abord dans cette voie que l'on obtiendra des résultats en bloc, le détail idement de ces principes, et leur rattachement à chaque groupe de tumeurs épithéliales ne pouvant être que l'œuvre du temps. On pourra par la suite aborder un autre côté de la question, celui du rôle de ces substances dans la destruction des cellules formées des néoplasmes et dans les suites de cette destruction, c'est-à-dire l'élimination et l'ulcération de la tumeur, processus que l'on attribue seulement maintenant à la multiplication rapide des îlots cellulaires et à l'éloignement, la thrombose ou la compression des vaisseaux.

Alexandre Pilliet.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 *décembre* 1888.—Présidence de M. Daubrée.

M. Étienne Rollet fait connaître d'intéressantes *recherches sur la mensuration des os longs des membres et sur les applications anthropologiques et médico-légales de cette mensuration.* (Travail du laboratoire de médecine légale de Lyon). Au point de vue de la longueur, les os longs des membres présentent, de chaque côté du squelette, une asymétrie notable qui se retrouve chez le vieillard et chez l'adulte, chez la femme et chez l'homme. Chez l'homme, dans les petites tailles, les membres sont proportionnellement plus longs que dans les grandes tailles ; chez la femme, le membre inférieur est plus court, mais le membre supérieur est plus long. Les différences proportionnelles sont moindres chez la femme que chez l'homme. La race noire a proportionnellement les membres supérieur et inférieur plus longs que les la race blanche : cela tient surtout au développement du tibia et du radius. — Dans une autre partie de sa note, M. Rollet cherche à déterminer la taille d'un sujet d'après un ou plusieurs os longs : un os long étant donné, peut-on déterminer la taille de l'individu auquel il a appartenu ? En prenant comme point de départ la taille moyenne de l'homme (1m,66 et chez la femme (1m,54), M. Rollet a vu que, lorsque la taille s'élève, la longueur des os augmente progressivement et que lorsqu'elle s'abaisse la longueur des os diminue. Chez l'homme, lorsque la taille s'élève de 10 millim., le fémur augmente de 2 mill. 375 ; lorsqu'elle s'abaisse, il diminue de 2 mill 7. Rien n'est donc plus facile que de dresser un tableau sur lequel la longueur des tailles est calculée sur la longueur des os longs. M. Rollet a, du reste, déterminé des nombres exprimant le rapport de la taille moyenne à l'os moyen.

M. Carlet décrit *une nouvelle pièce, le coussinet, organe annexe de l'aiguillon chez les Hyménoptères.*

Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 15 *décembre* 1888. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M. Paul Langlois.-- *Toxicité des isomères de la Cinchonine.* Aux connaissances acquises sur l'action physiologique de la cinchonine et de la cinchonidine, j'ai pu y ajouter l'étude de quatre isomères de ces substances, isolés par MM. Jungfleisch et E. Léger ; tous ces alcaloïdes sont nettement convulsivants, déterminant une attaque tonicoclonique, déjà décrite par M. Laborde sous le nom d'*épilepsie cinchonique.* Mais la dose toxique varie avec chacun d'eux et, à ce point de vue, on peut les ranger suivant leur puissance convulsivante dans l'ordre progressif suivant : cinchonidine, cinchonine, cinchonibine, cinchonisine, cinchoniline, cinchonigine ; cette dernière étant extrêmement active, 19 fois plus que la cinchonidine. Une injection intraveineuse de 5 milligrammes par kilogr. d'animal suffit en effet pour faire éclater l'attaque épileptique. Les animaux à sang-froid sont beaucoup plus réfractaires ; j'ai pu toutefois provoquer les accidents convulsifs chez l'anguille et la tanche. Quant au mécanisme d'action de ces alcaloïdes, il diffère notablement de celui de la strychnine ; la section de la moelle au-dessous du bulbe, arrête le développement des mouvements convulsifs dans le corps, tout en le laissant persister dans la face. Mais, après avoir éliminé ainsi l'action des centres spinaux, si je ne saurais être aussi affirmatif pour la prédominance d'action des centres céphaliques (zone motrice, noyaux opto-striés) ou bulbo-protubérentiels. Ce point exige de nouvelles recherches.

M. Laborde — Les recherches de M. Langlois sont très importantes en ce sens qu'elles établissent l'action primitive encéphalique de ces corps convulsivants. MM. Caventou et Girard ont présenté à l'Académie des sciences un corps à propriétés convulsivantes qui ne me paraît être autre chose que la cinchonigine étudiée par M. Langlois.

M. Langlois. — Ce corps n'était autre que de la cinchonigine impure dont les propriétés convulsivantes sont un plus faibles.

M. Doléris a fait des recherches sur les méthodes conservatrices à employer dans le *traitement des salpingites et des kystes intra-tubaires.* Il remarque d'abord que les salpingites peuvent guérir spontanément après un temps de durée variable ; d'où résulte la nécessité d'une expectation assez longue avant toute intervention. De plus, au bout d'un certain temps, l'exsudat perd ordinairement sa septicité. Outre que plusieurs variétés de collections intratubaires sont d'origine purement congestive ou mécanique et susceptibles par conséquent de disparaître spontanément, l'ouverture de kystes tubaires, d'hémato-salpynx dans le péritoine ou dans le vagin, est souvent suivi de guérison. De plus, l'ablation des annexes entraîne forcément la stérilité, qui n'est pas fatale après la guérison sans opération.

Pour toutes ces considérations, on ne devra donc intervenir chirurgicalement que lorsque les procédés conservateurs auront échoué. M. Doléris a fait 9 laparotomies avec ablation et a obtenu 8 guérisons ; une fois la mort est survenue. Dans 11 autres cas traités par la méthode conservatrice, 4 résultats parfaits, 2 satisfaisants, 4 imparfaits ; 1 insuccès pour lequel il est intervenu radicalement.

Le procédé qu'il emploie est le suivant : dilatation lente et permanente de la cavité utérine à l'aide de la laminaire, puis de l'éponge aseptique. Cette éponge, laissée en place, absorbe en même temps le contenu kysto-tubaire. En cas de fongosités utérines, curage et drainage à l'aide de la gaze iodoformée. En 8 jours, les tumeurs disparaissent ; il faut toutefois surveiller les prochaines menstrues en prévision d'une récidive.

M. d'Arsonval décrit un appareil permettant d'*obtenir automatiquement le titrage des mélanges gazeux.*

M. Bovier-Lapierre remet une note sur la *vascularité de l'épithélium olfactif des Cobayes.*

M. Moreau expose le résultat de ses recherches sur la *muqueuse vaginale des Rongeurs.*

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 18 *décembre* 1888. — Présidence de M. Hérard.

Election du Bureau pour l'année 1888 : M. Maurice Perrin, vice-président devient Président.

Election du vice-président : votants : 66. Majorité : 34. M. Moutard-Martin, est élu par 54 voix, contre MM. Bourdon, 3 : Germain Sée. 2 ; Maurice Perrin, 1 ; Charcot, 1 ; bulletins blancs, 4.

Election du secrétaire annuel : votants : 64. Majorité : 33. M. Fereol, est élu par 58 voix, contre MM. Ernest Besnier, 1 ; Bourgoin, 1 ; Gariel, 1 ; bulletins blancs, 3.

Elections de deux membres du Conseil, sont élus : MM. Laboulbène et Planchon.

Les commissions de l'Académie pour 1889, sont ainsi composées :

Epidémies : MM. Rochard, Hayem, Nocard, Ollivier, Worms, Dmaschino.

Eaux minérales : MM. Marjolin, Féréol, Proust, A. Robin, J. Lefort, C. Paul.

Remèdes secrets : MM. Mesnet, Prunier, Marty, d'Arsonval, Moissan.

Vaccine : MM. Hervieux, Trasbot, Laboulbène, Fournier, Gueniot, L. Colin.

Hygiène de l'enfance : MM. Lagneau, Vallin, Charpentier, Roussel, Roger, de Villiers.

Comité de publication : MM. Bergeron, Féréol, Legouest, Empis, Gariel, Lefort, Bucquoy.

M. Lagneau rend compte d'un mémoire de M. Chervin sur le *nombre des enfants par ménage* et constate que 20 sur 100 des ménages recensés sont sans enfants. M. La-

gneau ne pense pas qu'il n'y ait que 8 ménages stériles sur 100 ménages et estime que la proportion des ménages stériles, n'ayant pas et n'ayant pas eu d'enfants, est d'environ 12 à 13 sur 100.

M. Gariel apporte une *modification à l'emploi de la chambre claire dans le microscope*. Au point de vue de l'emploi de la chambre claire, il est quelquefois utile d'avoir de grandes images ; mais on ne peut plus les dessiner, dès que la distance est grande, parce que l'image se fait hors de la portée de la main. Pour remédier à cet inconvénient, il suffit d'interposer, entre la chambre claire et la feuille de papier, une lunette de Galilée renversée : tout se passe alors comme si l'image était fort éloignée : elle est fort grande par conséquent, tout en restant à la distance à laquelle on peut dessiner.

M. M. Sée lit un rapport sur la récente communication de M. Laugier relative à l'*autodestruction chez les aliénés*. A. J.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 14 décembre 1888. — Présidence de M. Siredey.

M. Troisier présente à la Société le malade *guéri* depuis deux ans d'une *cirrhose alcoolique*. Le foie est seulement un peu gros.

M. Hallopeau a observé un cas analogue. Le sujet eut une énorme ascite. Il est actuellement et reste complètement guéri, malgré la reprise de ses habitudes d'intempérance.

M. Joffroy a observé 4 cas analogues. Dans l'un de ces cas, le malade qui avait une énorme cirrhose hypertrophique s'améliora rapidement et finit par guérir uniquement en ne buvant plus absolument que de l'eau et du lait.

M. Hayem fait observer qu'à côté de faits de guérison de *cirrhose alcoolique* on pourrait ranger des cas, rares il est vrai, d'amélioration de longue durée ou même de guérison définitive d'hépatites qu'on ne saurait relier ni à la syphilis, ni à l'alcool, ni à la malaria.

M. Rendu fait observer qu'il y aurait lieu dans cette discussion de s'occuper également de l'état du péritoine ; souvent lésé dans la cirrhose, mais parallèlement à la maladie hépatique, et pouvant dans la symptomatologie générale donner sa note très particulière.

M. Troisier montre des *ganglions sus-claviculaires* engorgés. Ils proviennent d'un sujet mort de *cancer de l'estomac*, mais ayant également en même temps du cancer des côtes, ce qui complique un peu le fait.

M. Bucquoy a observé sur une jeune femme très cachectique des ganglions sus-claviculaires très volumineux ; la malade avait aussi de l'ascite. On supposait un cancer de l'estomac ; il s'agissait d'une cirrhose.

M. Troisier pense que, malgré tout, la malade étant encore vivante, on ne peut pas affirmer qu'elle n'ait pas un cancer quelconque.

M. Joffroy a observé sept fois la coïncidence, chez le même sujet, des signes et symptômes de l'*ataxie* et de la *maladie de Basedow*. Tantôt la symptomatologie du goître exophtalmique était typique : il y a lieu dans ces cas d'admettre la coïncidence des deux maladies, le Basedow précédant en général l'apparition du tabès. Tantôt les signes sont frustes : il n'y a que de la tachycardie ou un peu d'exophtalmie : on peut alors rattacher ces symptômes au tabès, la névrite du pneumo-gastrique pouvant peut-être expliquer la tachycardie. M. Joffroy n'a observé que des femmes.

M. Barié a fait des observations analogues. Pour lui, tous les symptômes de *goître exophtalmique* que présentent parfois les *tabétiques* sont produits par le tabès, et tiennent probablement à des lésions bulbo-protubérantielles ; on pourrait les rapprocher des autres troubles d'origine bulbaire qu'on observe parfois chez les ataxiques : vertige de Ménière, troubles du goût, névralgies du trijumeau, etc. Parfois ces phénomènes, ressemblant à la maladie de Basedow, sont la première manifestation du tabès. Ils peuvent parfois être guéris lorsqu'ils sont seulement d'ordre congestif ; ils sont incurables, au contraire, lorsqu'ils tiennent au développement de la sclérose. L. Capitan.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 19 décembre 1888. — Présidence de M. Polaillon.

M. Terrillon, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Reynier, résume l'observation analogue qu'il a déjà publiée. Dans ce cas, on ne trouva pas de *bacilles dans les grains rhiziformes* qu'il avait enlevés à son malade ; mais M. Martin fit des inoculations à des lapins. M. Martin l'informe aujourd'hui que 3 lapins inoculés sont morts tuberculeux. M. Wallich a relaté d'ailleurs ce fait à la *Société de Biologie*. Ce malade est bien guéri. Ce fait montre une fois de plus que, pour affirmer le diagnostic tuberculose, il ne faut pas toujours se contenter de l'examen histologique, mais faire des inoculations. Les tubercules des lapins inoculés avec ce grain rhiziforme contenaient des bacilles.

M. Lucas-Championnière rappelle les faits décrits par M. Wallich ; ils ont été observés dans son service.

M. Reynier fait remarquer que dans tous les examens de grains rhiziformes, on a noté cette absence de bacilles d'une façon absolue. Cependant, comme dans un cas cité par Poulet et Bousquet, on peut en trouver dans la paroi du kyste contenant ces grains. L'inoculation est donc le seul critérium.

M. Verneuil. — Les tuberculoses exposées renferment des bacilles ; les tuberculoses closes n'en contiennent pas ; dans les abcès ossifluents, par exemple, il n'y a pas de bacilles. Le meilleur mode de diagnostic pour la tuberculose est l'emploi du procédé français (méthode des inoculations de Villemin ; il vaut mieux que le procédé allemand (Examen histologique de Koch). Les inoculations doivent être faites sur le cochon d'Inde, qui, 12 jours après, présente des lésions indiscutables de tuberculose.

M. Reynier. — Mon observation vient à l'appui des idées de M. Verneuil. J'ai fait les inoculations sur un cobaye ; si je ne l'ai pas sacrifié plus tôt, c'est pour plus de sûreté. J'insiste sur ce fait, à savoir que je n'ai inoculé que le *centre du grain*.

M. Reclus fait un rapport sur un mémoire de M. Brun concernant 2 cas d'*anévrysmes de l'artère poplitée traités par la ligature de l'artère fémorale*, après échec de la méthode de Reid. 1er *cas* : forgeron de 65 ans, anévrysme du creux poplité gros comme un œuf. Bande d'Esmarch pendant 1 heure sous le chloroforme, et 5 heures de compression digitale ; plusieurs séances. Pas de résultat. Ligature avec du catgut antiseptique n° 4, souple, modérément serré. Réunion immédiate. 2e cas : Homme de 45 ans, observation identique. La tumeur s'affaissa après la ligature, mais reparut le lendemain. 8 jours après elle était de nouveau disparue. Guérison complète après 1 mois. Poinsot, en 1884, publiait un mémoire sur ce procédé de traitement des anévrysmes poplités. Depuis, plusieurs revues d'ensemble ont été faites. On possède aujourd'hui environ 80 observations du genre de celles de M. Brun. Sur les 80 opérés, il y a 4 cas de mort, 5 cas de gangrènes étendues ayant nécessité l'amputation et un certain nombre de cas d'inflammations diverses, mais légères, n'ayant pas entravé la guérison dans une notable mesure. Les cas de mort ne sont pas tous imputables à l'opération, c'est-à-dire à la ligature du vaisseau, dans un cas de Schwartz, le malade est mort d'asystolie brusque. 3 fois il y a eu hémorrhagies secondaires mortelles ; mais les ligatures n'avaient pas été aseptiques, puisqu'il y a eu des phénomènes inflammatoires. S'il y a eu 5 cas de gangrène, la plupart du temps, cette complication s'est montrée chez des malades ayant subi, avant la ligature, les anciennes méthodes de traitement, c'est-à-dire des violences diverses (compression, etc.). Ainsi, dans 74 cas traités par la flexion forcée, on a noté 4 cas de gangrène. Il faut donc bien comprendre que ces manœuvres, si utiles jadis avant l'antisepsie, ne sont pas innocentes ; elles peuvent être suivies d'embolies, de thromboses, etc. (Exemple, le cas de Bardeleben). Après l'échec de ces méthodes, les anévrysmes ne sont pas, au point de vue des chances de guérison à la suite de la ligature, dans le même état qu'auparavant. M. Reclus pense donc que, quand on ne les emploiera plus, il y aura moins de cas de gangrènes, c'est-à-dire plus de guérisons. — Dans quel point faut-il lier ? Le mieux est de poser le fil le plus près possible de l'anévrysme ; la guérison est plus sûre ; mais, pour l'anévrysme poplité, dont les limites supé-

rieures sont fort difficiles à [illegible] et à [illegible], qui remonte parfois très haut, il faut mieux lier soit dans le canal de Hunter, soit au sommet du triangle de Scarpa, soit encore au milieu de ce triangle. — M. [illegible], dans un article [illegible] de la *Revue de Chirurgie*, plaide en faveur de l'extirpation du sac. M. Reclus ne l'admet pas. Elle est plus grave et bien plus difficile que la ligature ; il ne la pratiquerait que dans les cas où il y a des troubles nerveux dans les extrémités, par compression des nerfs. Pour lui, la méthode de choix des anévrysmes poplités est due à la ligature, opération bénigne, qui le sera bien davantage quand on recourera d'emblée à elle sans s'attarder aux anciennes méthodes non sanglantes.

M. Lucas-Championnière. — Dans certaines revues [illegible] récentes, on a fait une salade bizarre d'une foule d'observations prises un peu partout, et on a basé là dessus des considérations statistiques, parfois étonnantes. Il n'y a rien à tirer d'un tel mélange, où les observations de chirurgiens aseptiques et de chirurgiens non aseptiques se suivent....., mais ne se ressemblent pas. Pour comparer, il faut prendre des choses comparables. C'est pourquoi un de ses élèves, qui a fait sa thèse sur ce sujet, n'a compulsé que les observations dues à des chirurgies antiseptiques connus, et a montré que, pour ces cas, il n'y a aucune mortalité. Tout dépend de l'opérateur. [illegible], la ligature cependant est difficile. Il faut laisser de côté les anciennes méthodes (flexion forcée, etc.). L'extirpation du sac, même dans les cas de petits anévrysmes [illegible], lui parait une fort grosse affaire, et il n'y a que les autres (ceux qui n'ont pas opéré), qui en peuvent parler à leur aise. Pour lui c'est une opération très difficile, très laborieuse. Ce doit être une méthode de nécessité seulement, et non pas de choix. Il faut aussi se souvenir de ce fait : toutes les fois que le fil qui a servi à la ligature est éliminé, c'est que l'antisepsie a été mal faite et a échoué. Il ne faut pas [illegible] avec ceux où elle a été irréprochable. Ce serait donner une mauvaise opinion de ce que l'on peut faire.

M. Verneuil. — Les anciennes manœuvres, quoi qu'on dise, ont pourtant du bon, quand elles sont bien appliquées. Mais j'avoue que si je dis cela pour la flexion forcée, intermittente et non continue (2 à 3 heures par jour seulement), je reconnais que la compression digitale est insupportable pour tout le monde, malade et opérateurs, et que la bande d'Esmarch a occasionné parfois des accidents. Je voudrais qu'on tînt grand compte de l'âge et de l'état du cœur du malade, qu'on considérât en un mot le blessé comme un facteur très important. Des insuccès et des décès peuvent être dûs à un âge trop avancé, à des cardiopathies. L'extirpation lui parait une opération presque fantaisiste. C'est à peine si elle est [illegible] sur 500 cas.

M. Trélat. — L'extirpation ne l'a pas encore convaincu, mais elle peut s'appliquer à certains cas [illegible]. M. Lucas-Championnière a été devancé par M. [illegible] au point de vue du traitement des anévrysmes par la ligature. Ce chirurgien la pratique depuis 10 ans. Il prétend que le fil de soie peut être éliminé, alors qu'il n'y a pas de suppuration, et reste absolument aseptique. Pour lui aussi, la méthode de choix du traitement des anévrysmes est la ligature [illegible] rapprochée que possible du sac, on ne s'en [illegible] que dans certaines circonstances.

M. Lucas-Championnière. — Un fil aseptique ne doit pas être éliminé. Le catgut vaut mieux que le fil de soie.

M. Terrier fait depuis longtemps des ligatures d'artères au fil de soie ; jamais il n'a observé l'élimination du fil.

Suite de la discussion sur le traitement des Salpingites.

M. Terrier expose les résultats de sa pratique à propos du traitement des salpingites. Certaines de ses observations ont été publiées déjà dans la thèse de son ancien interne M. [illegible] (d'Angers). Il a fait [illegible] fois l'ablation des trompes pour salpingites plus une opération aujourd'hui même. Il a opéré 4 tubo-ovarites suppurées, [illegible]-salpingite [illegible], [illegible] salpingo-ovarites non suppurées. — *Tubo-ovarites suppurées.* 1er cas : tubo-ovarite suppurée à droite, [illegible], il reste à gauche une petite tumeur indolore. Il en conclut qu'il faut enlever les annexes des deux côtés, s'ils sont [illegible]. 2e cas : tubo-ovarite suppurée double : accidents choréiques et hystériques après l'opération. — 3e cas [illegible] salpingite [illegible] double, [illegible] de la pyosalpingite dans l'intestin grêle. [illegible] opératoire [illegible] du cœur, [illegible] *Hémato-salpingite* : [illegible] d'enlever les annexes des 2 côtés, si ce n'est pas absolument utile. — *Salpingo-ovarites non suppurées* : [illegible] accusées ; il a été amené à intervenir dans [illegible] cause d'accidents douloureux et hystériques [illegible] aussi l'avis de M. [illegible]. Premier cas : [illegible] salpingite chez une hystérique ; [illegible] après l'extirpation des annexes des deux côtés. Deuxième cas : [illegible] utérine et salpingo-ovarite double ; névralgie de l'ovaire, crises [illegible] ; les douleurs ont disparu depuis l'opération. Troisième cas : Femme de [illegible] ans, [illegible] du côté gauche des lésions tubo-ovariques encore peu décrites, non classées [illegible] de la trompe et [illegible] des ovaires à structure absolument inconnue jusqu'à ce jour, [illegible].

La pathogénie des salpingites est pour lui celle [illegible] par M. [illegible]. [illegible] du côté des [illegible] [illegible] si analogues à tous les points de vue ? [illegible] les lymphatiques jouent [illegible], il [illegible].

Pour M. [illegible] la pelvi-péritonite [illegible] complication [illegible] [illegible] sont [illegible] examinés [illegible] par la laparotomie. Aussi est-il [illegible] de toujours [illegible] des lésions de ces annexes, [illegible] qui [illegible] malade. Dans un cas, il a [illegible] abcès [illegible] consécutif à une salpingite, il a laissé en place les annexes, a drainé, mais la [illegible] restée [illegible]. Dans un autre cas [illegible] il a [illegible], a drainé, [illegible] les annexes qu'il n'a pas vues ; dans ce cas aussi la guérison a été [illegible] à devenir complète.

Les symptômes des salpingites sont des plus variables. Les symptômes fonctionnels sont [illegible] ; les symptômes physiques sont la plupart du temps [illegible] utiles encore [illegible] sous le chloroforme, moyen [illegible] que le diagnostic est difficile et [illegible]. Le pronostic est variable ; [illegible] salpingites [illegible] surtout les [illegible], [illegible] opération. La plupart des [illegible] de la salpingite, [illegible], [illegible] suppurées, qu'on doit toujours [illegible] qu'il y a des douleurs [illegible] et des accidents nerveux [illegible] chez des [illegible], [illegible], il faut toujours enlever les [illegible]. Beaucoup de salpingites ont une origine [illegible].

M. Chaput [illegible] de pyo-salpingite adressée à la dernière séance par M. [illegible].

Marcel [illegible].

CORRESPONDANCE

Lettre d'Angleterre : De la Dermatologie en Angleterre (1).

Monsieur le Directeur,

Voulez-vous me permettre de vous adresser quelques notes sur la Dermatologie en Angleterre et de porter à la connaissance des médecins français les faits les plus intéressants que j'ai pu observer à ce point de vue pendant un récent séjour en Angleterre ?

C'est de la sympathique et intéressante clinique de Malcolm Morris, à l'Hôpital Saint-Mary, dont je parlerai tout d'abord, ayant eu l'occasion d'y rencontrer un certain nombre de cas très remarquables.

I. — [illegible]. — Il s'agit d'un homme de [illegible] ans, dont l'affection [illegible] l'extrémité supérieure [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] s'est faite [illegible], le [illegible] octobre [illegible]

(1) Les [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]

[illegible] après le début, la lésion ne s'étend pas sur le nez à [illegible] 4 centimètres et du côté droit elle descend seulement à [illegible] centimètres obliquement dirigée sur l'os malaire. De [illegible], les deux paupières, mais surtout la paupière inférieure, sont atteintes à leur extrémité interne la lésion s'est arrêtée aux limites de la conjonctive.

Les caractères en sont tout à fait particuliers. On voit une surface centrale déprimée, assez lisse et unie, non végétante, non ulcérée, d'une grande dureté. Le bord qui la limite nettement est typique : c'est le « *rolled edge* » des Anglais, *surélevé* de [illegible] à 6mm au dessus du centre, de [illegible] mm, au dessus du niveau de la peau; il présente une surface *très dure*, *arrondie en dôme*, parfaitement *unie*, *lisse*, *non ulcérée*, formant un bord ininterrompu et régulier, sauf en quelques points où il est moins accentué. Il se *continue insensiblement* en dedans avec la surface centrale, en dehors avec la peau saine. La démarcation qu'il forme est des plus nettes, et en dehors les tissus sont intacts. En profondeur, l'extension a été très peu marquée, car la mobilité facile à percevoir indique l'absolue intégrité de la substance osseuse sous-jacente. Les ganglions sont parfaitement indemnes. — C'est là un exemple typique de *Rodent ulcer*, non encore ulcéré. En général, à une période plus avancée, la partie centrale déprimée s'ulcère largement, mais chose importante, on ne voit jamais s'y produire de végétations. Le bord conserve son aspect net, presque pathognomonique, fort longtemps même après le début de l'ulcération. Jamais les ganglions ne sont engorgés.

Il est évident que le *Rodent ulcer*, tel qu'il est enseigné par les Anglais, est d'un diagnostic très clair. Les caractères en sont assez précis pour qu'il semble difficile de se tromper après avoir vu quelques cas types. A la clinique de Colcott Fox, une femme de 78 ans, présentait sur le front, un *Rodent ulcer*, à surface arrondie, de 5mm de diamètre, ulcération centrale profonde, non végétante; rolled-edge dur, net, intact, parfaitement circulaire. Nous en avons vu deux autres cas à la clinique de Radcliffe Crocker. Un des deux malades présentait sur la joue gauche deux ulcérations, chacune des deux lésions évoluant séparément. En deux mois, à Londres, nous avons pu observer quatre exemples de *Rodent ulcer*, alors qu'en [illegible] mois, à l'hôpital Saint-Louis, nous ne nous rappelons pas avoir rien vu de semblable. Cette affection est donc bien plus fréquente en Angleterre; c'est là d'ailleurs qu'elle a été décrite pour la première fois par Jacob, de Dublin en 1827, d'où le nom de *Jacob's Ulcer* qu'on lui donne quelquefois.

Pathogénie. — La nature de cette affection est très controversée. Moore, [illegible], Hutchinson, Sangster, partageant en cela l'opinion généralement admise sur le continent, en font simplement une variété de l'épithélioma. Un grand nombre d'auteurs sont d'accord pour en faire une *production épithéliale particulière*, qui naîtrait soit des glandes (Thiersch et Bulkley?), soit des glandes sudoripares [illegible], soit des follicules pileux [illegible] et Colcott Fox, Sangster, soit d'un point quelconque de la peau, sans préférence spéciale (Paul, Radcliffe Crocker). Ces derniers ajoutent que le Rodent ulcer peut passer [illegible] à l'épithélioma [illegible]. Malcolm Morris [illegible] la transformation. Voyons quels sont les principaux caractères cliniques et anatomiques sur l'ensemble desquels s'appuyent ces derniers auteurs pour distinguer le Rodent ulcer de l'épithélioma. *Symptômes cliniques.* Le Rodent ulcer naît toujours en dehors des muqueuses. L'ulcération ne présente jamais de végétation. Évolution plus lente. Jamais de ganglions engorgés. Caractères *pathognomoniques* du *Rolled Edge*. Ce dernier point suffirait à distinguer le Rodent ulcer d'un épithélioma même superficiel [illegible]. *Caractères anatomiques* (Thin). Les cellules épithéliales qui constituent le néoplasme sont nettement *plus petites*, et égales dans leurs dimensions; leur protoplasma est peu abondant et non granuleux. Elles ne sont pas dentelées. Elles forment par leur réunion des masses [illegible] où on ne reconnaît ni leur distribution *lobulée*, [illegible]. — On n'y voit jamais de *globes épidermiques*.

Traitement. Le meilleur traitement si possible, consiste dans l'extirpation totale du néoplasme, en incisant bien au-delà de ses limites, suivie de la cautérisation de la surface. Malcolm Morris recommande d'opérer au plus tôt, quand le Rodent ulcer siège au-dessus d'une surface osseuse. Chez son malade, l'opération ainsi pratiquée, avant l'ulcération qui avait tout atteinte du périoste sous-jacent, a donné un magnifique résultat.

(1) *Diseases of the Skin*, Radcliffe Crocker, 1888.

II. — *Un cas rare de Pemphigus* (1). — La malade occupe un lit dans le service de Malcolm Morris; c'est une femme de 56 ans, d'apparence chétive, peu intelligente, de constitution rhumatismale. Pendant la convalescence d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, il y a 6 ans, sans cause nerveuse particulière, les premiers bulles de pemphigus ont apparu à la face. Pendant 4 ans, les lésions ont subi de très grandes alternatives d'augmentation et de diminution. Chaque nouvelle poussée étendait les limites de la région envahie; mais celle-ci, après avoir occupé la face, le cou et les épaules, ne s'est jamais étendue plus loin. Pendant toute cette première période, l'histoire aurait été celle d'un pemphigus vulgaire. Simples bulles à évolution habituelle. Pas de polymorphie dans l'éruption; pas de prurit; mais, depuis deux ans, quelques particularités sont survenues. Le pemphigus s'est étendu aux muqueuses conjonctivales, labiales et palatines. Et maintenant encore il se produit constamment de nouvelles bulles sur ces deux dernières muqueuses. Depuis lors, les yeux ont perdu progressivement de leur clarté, et dans l'état actuel, l'œil gauche, complètement terne et trouble, ne peut plus rien percevoir. L'œil droit, moins affecté, suit peu à peu la même évolution; mais ce qui a contribué à altérer plus encore la vision, ou peut-être ce qui a été la seule cause des troubles oculaires, ce sont les modifications particulières survenues du coté des conjonctives, modifications qui constituent le côté le plus curieux de cette observation. Il s'est produit à leur niveau un travail de rétraction lente et progressive, (*Shrinking*). Les deux conjonctives oculaires et palpébrales se sont fusionnées; les culs-de-sac se sont comblés, les paupières, adhérentes par leur face interne, ont perdu une grande partie de leur mobilité; en opérant une traction sur les bords palpébraux, on voit saillir des brides, tendues du globe oculaire à la paupière. A leurs extrémités, les paupières sont soudées. La rétraction s'étant aussi faite dans le sens horizontal, les rebords palpébraux ont diminué de longueur. A droite, même processus, moins avancé. Du côté de la face, principalement aux joues, la peau a subi une altération analogue : elle est amincie, lisse, tendue, peu mobile sur les parties profondes et sensiblement rétractée. En dehors du fait, intéressant par lui-même, d'une localisation du pemphigus aux régions supérieures, cette observation est particulièrement remarquable par ce processus de rétraction.

Le cas présenté à la *Société de Dermatologie de Londres* a été le sujet de nombreuses discussions et les dermatologistes présents ont reconnu là un fait d'une grande rareté. Les altérations de la peau et des conjonctives ont-elles été simplement la conséquence des bulles de pemphigus ? ou bien, n'y a-t-il eu ou s'y est-il seulement ajouté un véritable trouble trophique ? Les altérations oculaires sont-elles seulement secondaires à l'altération conjonctivale ou bien n'y aurait-il pas eu, là aussi, un trouble nerveux analogue ? En un mot, ces lésions sont-elles simplement d'ordre cicatriciel, ou ne seraient-elles pas d'ordre nerveux au même titre que le pemphigus ? Tout en reconnaissant une part de vérité à la première hypothèse, il semblerait rationnel d'admettre, surtout dans ce cas, la prépondérance de troubles d'ordre trophique. Les diverses hypothèses relatives à la pathogénie, discutées à la Société, n'ont été l'objet d'aucune conclusion.

III. — *Eczéma folliculorum.* — Malcolm Morris décrit sous ce nom une forme spéciale d'eczéma, dont nous avons vu deux exemples à sa clinique, et un troisième à celle de Radcliffe Crocker. Quand le malade vient consulter, même alors que l'eczéma folliculorum n'a pas encore été trop altéré dans ses caractères, on ne constate à première vue, au siège des lésions, le plus souvent sur les bras, qu'un aspect d'eczéma vulgaire,

(1) Cette observation sera publiée *in extenso* dans le numéro de février 1889, du journal de Malcolm Morris et [illegible] Brooke, *The British Journal of Dermatology*.

non soigné ; mais, si on examine de plus près, on remarque des surfaces particulières, qui se distinguent par une rougeur plus intense et qui sont disposées en plaques.

Plus près encore, si on regarde là où l'eczéma n'a pas été trop irrité, là où la lésion est plus près du début, on constate que les surfaces sont formées par un *pointillé rouge* très net, dont chaque point, légèrement *surélevé*, isolément *enflammé*, *correspond à un poil*. Il y aurait là une lésion pilaire débutant en un point, s'étendant excentriquement à la manière des maladies microbiennes de la peau et présentant au début des contours plus ou moins circulaires ou circinés. Cette lésion déterminerait de bonne heure une irritation générale de la région, dont l'aspect prendrait bientôt celui des variétés habituelles de l'eczéma. Même dans les cas les plus altérés, on pourrait encore distinguer une irritation isolée et particulière des follicules pileux. Cette affection surviendrait de préférence chez les individus à système pileux très développé. Un lichen pilaris en serait souvent le point de départ. D'après Malcolm Morris, l'*eczéma folliculorum* est une affection *purement locale* et *microbienne*. Il la distingue très nettement de l'eczéma séborrhéique et des autres variétés de l'eczéma. Traitement uniquement local ; antiseptique et adoucissant.

IV.—*Complications iodiques dans un cas de syphilis.* — Une femme se présente à la consultation de Malcolm Morris ne découvrant que ses bras ; on remarque à la vue une trentaine de petites surfaces arrondies et légèrement rouges violacées, un peu surélevées, de un centimètre de diamètre, disséminées sur les avant-bras. Au toucher, on constate que ces surfaces correspondent à des nodosités de petites dimensions, dures, bien limitées, situées le plus souvent sous la peau, peu douloureuses, n'étant le siège d'aucune inflammation intense et ne présentant pas à leur niveau d'élévation de température. Aux jambes, mêmes nodosités. Evolution nettement aiguë ; le début remonte à 48 heures. Ces caractères permettaient d'éliminer le diagnostic de rhumatisme noueux, ainsi que celui de lésion tertiaire. La malade, interrogée soigneusement, ne donnait aucun renseignement qui put permettre d'affirmer l'iodisme. La découverte de lésions syphilitiques permit le lendemain d'établir nettement la véritable cause. Il s'agissait bien de manifestations iodiques, survenues à la suite de l'administration d'iodure de potassium.

Veuillez agréer, etc.

Louis Wickham,
interne à l'hôpital St-Louis.

VARIA

Assainissement de la Seine.

Dans ses séances des 13, 14, 15 et 17 décembre, le Sénat a discuté le projet de loi adopté précédemment par la Chambre des Députés relatif à l'assainissement de la Seine et à l'utilisation agricole des eaux d'égout. Le projet, vivement attaqué par MM. Léon Say, Journault, Maze, de Sal, etc., a été défendu par MM. Cornil, rapporteur, Krantz, Alphand et Deluns-Montaud. M. Cornil a défendu le projet avec beaucoup d'habileté et montré avec un grand talent toutes les raisons qui militaient en faveur de cette réforme si importante. Le Sénat, à une forte majorité, a décidé qu'il passerait à une seconde délibération. Nous espérons qu'il y sera procédé dans le courant du mois de janvier et que la Ville de Paris pourra commencer l'exécution de ses travaux d'assainissement. L'adoption définitive de ce projet de loi aura pour résultat d'encourager toutes les grandes villes de France à réaliser chez elles le tout à l'égout et l'utilisation agricole des eaux d'égout.

Service de santé de l'Infirmerie spéciale de la maison d'arrêt de St-Lazare.

Par arrêté du ministre de l'intérieur en date du 12 décembre, indépendamment du service normal de santé destiné aux femmes non atteintes de maladies vénériennes, il est organisé pour le traitement de ces malades, à la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare, une *infirmerie spéciale*, qui comprendra cinq services placés sous la direction de médecins et chirurgiens titulaires, avec collaboration de suppléants, assistance d'internes et admission d'étudiants aux cliniques.

A dater du jour où il aura été pourvu à la mise en pratique des dispositions ci-après, le cadre du personnel médical de l'infirmerie spéciale comprendra : 3 médecins titulaires et 1 médecin suppléant ; 2 chirurgiens titulaires et 1 chirurgien suppléant ; 2 internes.

Au service normal d'infirmerie seront rattachés, d'autre part, un médecin titulaire et un interne, ainsi que les médecins-adjoints actuellement en service, les titres et fonctions de ces derniers n'étant pas maintenus par l'organisation de l'infirmerie spéciale. Comme leurs collègues du service normal de santé, les médecins et chirurgiens titulaires de l'infirmerie spéciale seront nommés par le ministre de l'intérieur ; mais ils devront être pris parmi les médecins et chirurgiens suppléants de l'infirmerie spéciale, ces derniers étant eux-mêmes recrutés au concours, ainsi que les internes. Néanmoins il n'est pas préjudicié à la situation des médecins titulaires et des internes actuellement en fonctions à la prison de Saint-Lazare.

Concours pour l'admission aux emplois de médecin suppléant, de chirurgien suppléant et d'internes à l'infirmerie spéciale de la maison de Saint-Lazare.

Tous les candidats devront avoir la qualité de Français. Chaque demande de participation à un concours sera adressée au ministre de l'intérieur, qui fera connaître si elle est agréée. La demande sera accompagnée de l'acte de naissance du candidat, ainsi que de ses diplômes, de l'indication de ses titres scientifiques et hospitaliers, de ses états de services quelconques et des autres documents officiels à présenter, selon les cas. Pour l'admission aux emplois de médecin suppléant ou de chirurgien suppléant, le jury du concours se compose de sept membres nommés par arrêté ministériel sur une liste de présentation que dressera le préfet de police et choisis parmi les personnes appartenant aux corps scientifiques ci-après désignés, savoir : Les membres de l'Académie de médecine, les professeurs et professeurs agrégés des Facultés de médecine de l'État, les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux de Paris, les médecins et chirurgiens titulaires de Saint-Lazare. Le président sera désigné par arrêté ministériel parmi les membres du jury.

Médecin-suppléant. — Pour l'emploi de médecin-suppléant, le concours consistera en trois épreuves d'admissibilité et deux épreuves définitives. Les premières sont : 1° Epreuve de titres scientifiques et hospitaliers ; 2° Epreuve théorique orale sur un sujet de pathologie interne, de gynécologie ou d'obstétrique (leçon de vingt minutes après vingt minutes de préparation) ; 3° Epreuve de clinique spéciale (leçon de dix minutes après dix minutes de préparation). Les deux épreuves définitives, auxquelles il ne sera admis de candidats qu'à raison de trois au plus par chaque emploi mis au concours, sont : 1° Une composition écrite sur un sujet concernant les affections vénériennes (trois heures sont données pour cette composition) ; 2° Une épreuve orale de diagnostic sur deux malades (exposé de vingt minutes après examen de vingt minutes au lit des malades).

Chirurgien-suppléant. — Pour l'emploi de chirurgien-suppléant, le concours consistera en trois épreuves d'admissibilité et deux épreuves définitives.

Les premières sont : 1° Epreuve de titres scientifiques et hospitaliers ; 2° Epreuve théorique orale sur un sujet de pathologie externe, de gynécologie ou d'obstétrique (leçon de vingt minutes après vingt minutes de préparation) ; 3° Epreuve de clinique spéciale (leçon de dix minutes après dix minutes de préparation). Les deux dernières épreuves, auxquelles il ne sera admis de candidats qu'à raison de trois au plus par chaque emploi mis au concours, sont : 1° Une composition écrite sur un sujet concernant les affections vénériennes (trois heures sont données pour cette composition) ; 2° Une épreuve orale de diagnostic sur deux malades [illegible] d'affections chirurgicales [illegible] vingt minutes après examen de vingt minutes au lit des malades ; 3° Epreuve de médecine opératoire sur un cadavre. Pour les épreuves orales, le [illegible] sera de 20 points [illegible]

Internes. — [illegible]

[illegible]

En dehors du personnel [illegible] ... après avis du préfet de police. Il pourra être délivré des [illegible]

en médecine des Facultés de l'Etat, par décision ministérielle, sur avis du préfet de police, des autorisations permanentes d'admission aux cliniques de l'infirmerie spéciale de la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare. Les conditions d'admission du personnel étudiant du sexe féminin feront, le cas échéant, l'objet de dispositions spéciales.

Conditions d'admission des étudiants aux cliniques de l'infirmerie spéciale de la maison de Saint-Lazare.

Toute demande d'admission devra être adressée au ministre de l'intérieur. Le candidat devra justifier, par production d'un certificat du doyen de la Faculté à laquelle il appartient, qu'il a pris au moins seize inscriptions. Il ne pourra être admis plus de dix étudiants à la fois pour suivre chaque service.

La liste générale des étudiants admis dans les divers services sera tenue à jour et communiquée en double au préfet de police. Il en sera fourni copie au directeur de la maison de Saint-Lazare. Les étudiants ainsi autorisés n'auront accès que dans les parties de l'établissement réservées aux services dont ils relèvent.

Ils seront tenus de se conformer à tous règlements, ainsi qu'aux conditions générales de fonctionnement des établissements pénitentiaires. Ils devront déférer à l'autorité des personnes appartenant à l'administration et exerçant leurs fonctions de direction, de surveillance ou de contrôle, en quelque partie de l'établissement que ce soit.

Les certificats d'admission seront exclusivement personnels. Ils porteront la signature du ministre ou de son délégué, le visa du directeur de l'établissement, la date d'autorisation, les noms, prénoms, qualité et résidence de l'intéressé, ainsi que la désignation du service auquel il est attaché. Ils pourront toujours être retirés.

Nul étudiant autre que ceux nominativement désignés par le ministre pour suivre les cliniques ne sera admis à pénétrer dans l'établissement, sauf après autorisation ministérielle s'il s'agit d'assister ou de prendre part à des travaux, et sauf dans les conditions générales requises par les règlements pénitentiaires, s'il s'agit seulement de visiter cet établissement ou l'une de ses parties.

Nous nous bornerons à quelques réflexions au sujet de cet arrêté ministériel. Nous ne pouvons que féliciter très vivement M. Floquet et M. Léon Bourgeois, sous-secrétaire d'Etat, d'avoir osé instituer le concours pour le recrutement du personnel médical de la maison d'arrêt de Saint-Lazare, et d'autoriser, dans l'avenir, les étudiants en médecine à profiter des richesses cliniques de cet établissement. Ces excellentes mesures sont en contradiction avec toutes les coutumes anciennes et rétrogrades du service des prisons. Les mêmes difficultés ont été soulevées naguère pour l'admission des étudiants à Lourcine : on a reconnu depuis que cette admission n'offrait aucun des inconvénients que l'on redoutait. Nous aurions préféré de beaucoup, ainsi que nous l'avons dit souvent, que le ministère de l'intérieur chargeât l'Assistance publique de lui fournir le personnel : médecin, chirurgien et internes, car elle est parfaitement outillée pour la bonne organisation des concours. On aurait évité ainsi la multiplicité des jurys et des formalités. Quoiqu'il en soit, nous sommes heureux de voir réaliser une réforme que le *Progrès médical* a souvent réclamée. Si les médecins et les chirurgiens du bureau central nous avaient aidé dans cette campagne, nous aurions eu les plus grandes chances de les voir mis en possession de ces services.

L'Enseignement de la Chirurgie et de l'Anatomie dans les Universités de langue allemande (Suite (1));

par M. le Dr L[illegible]rs, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.

Instituts Anatomiques.

L'Institut anatomique forme un tout complet, et se suffit à lui-même, comme les autres instituts ; il renferme à la fois les salles de dissection, les musées, les laboratoires et les amphithéâtres où se font tous les cours d'anatomie ; assez souvent, à Prague, par exemple, le professeur a ses appartements dans une dépendance même de l'établissement et les prosecteurs y demeurent presque toujours.

L'Histologie s'enseigne à part, dans quelques Universités ; à Halle, l'institut anatomique comprend deux étages : au rez-de-chaussée se trouvent le musée, dont nous aurons à parler plus loin, et les salles de dissection ; au premier, l'aile gauche du bâtiment est consacrée encore à l'anatomie et dans l'aile droite est installée la section histologique, à la tête de laquelle se trouve le professeur Eberth ; une salle où se font les exercices pratiques, pour les élèves, un cabinet pour l'assistant, une salle de bactériologie, enfin le cabinet du professeur, en constituent les principales divisions. A Prague, une moitié du premier étage de l'institut anatomique est aussi réservée à l'histologie (professeur Mayer). — Mais le plus souvent c'est à l'anatomie ou à la physiologie que l'enseignement histologique est annexé ; à Berlin, nous trouverons dans l'Institut de M. Waldeyer, des salles spéciales, réservées aux travaux microscopiques ; à Leipzig (professeurs His et Braune), les salles de dissection servent en été de laboratoires d'histologie : elles sont sufffisamment éclairées pour se prêter à ce double usage. — C'est le professeur Heidenhain, à Breslau, qui réunit à la fois dans son enseignement la physiologie et l'histologie : ses laboratoires sont situés dans l'enceinte du même édifice que la Fraüen-Klinik (professeur Fritsch).

Comme types des Instituts anatomiques, qui tous ont été ordonnés d'après la même méthode et dans le même esprit, nous choisirons ceux de Vienne, de Prague et de Berlin.

L'Institut anatomique de Vienne a été décrit en mars dernier, dans un article du *Bulletin Médical*, par M. le Dr Kirmisson. Ouvert depuis un an et demi, et d'aspect monumental, il est divisé en deux étages, réservés à chacun des deux professeurs d'anatomie (professeurs Toldt et Zuckerkandl) ; chaque section se compose de deux salles de dissection, des cabinets du professeur et du prosecteur, d'un amphithéâtre de cours (Hörsaal) et des salles d'études pour les élèves (Studirungs'saal) ; à l'étage supérieur, un très beau musée, qui vient à peine d'être terminé ; dans le sous-sol, le dépôt des cadavres, les salles d'injection, etc. Un ascenseur commun permet d'élever directement les cadavres dans les salles de dissection. Elles sont toutes éclairées à la lumière électrique, et ainsi les travaux souvent se prolongent en hiver après la tombée du jour.

A Prague, sous une forme moins grandiose, nous trouvons aussi une installation très-pratique et très-complète. A l'entrée, en face, l'amphithéâtre, et un long corridor qui se coude à angle droit à son extrémité ; le cabinet du professeur (prof. Rabl), s'y ouvre, formé de deux grandes pièces, largement éclairées. La partie coudée du corridor sert d'intermédiaire entre les salles de dissection, situées à droite et les laboratoires et l'amphithéâtre, à gauche ; il existe deux salles de dissection, et dans chacune d'elles, quatre tables de six élèves, disposées transversalement, et, en long, sous les fenêtres, deux autres tables plus petites, pour deux élèves seulement : 400 étudiants y dissèquent, par séries successives, dans le courant de l'hiver. — A gauche, on pénètre d'abord dans une large pièce, entourée de tables et de vitrines, qui sert de cabinet de travail aux démonstrateurs et à quelques élèves plus âgés ; à côté, une annexe pour les masses d'injection, etc. Puis vient l'amphithéâtre, et plus loin, une seconde pièce, aussi spacieuse et aussi élevée que la première, c'est le cabinet de l'un des prosecteurs ; à l'extrémité, le cabinet de l'autre prosecteur, et tout près, l'entrée du musée ; j'ajoute que ces cabinets sont pourvus non-seulement de tous les instruments nécessaires aux recherches d'anatomie pratique, mais aussi de microscopes, et que, par suite, toutes les branches de l'anatomie, dans son sens le plus large, peuvent y être étudiées : l'un des prosecteurs, M. le docteur Hugo Rex, se livrait à des recherches d'embryologie, une couveuse était installée dans son laboratoire, et d'autre part, dans une petite pièce annexe, il voulut bien nous montrer toute une série de corrosions viscérales, récemment préparées. — Il y a deux musées ; celui du rez-de-chaussée, dans lequel nous allons entrer, est consacré à l'anatomie humaine : il se compose de deux grandes salles, dont les vitrines contiennent encore quelques pièces de Hyrtl, de Bochdalek et de Henke, anciens professeurs d'anatomie à Prague, à coté d'un grand nombre de préparations récentes : une rare collection de rochers et d'oreilles internes d'adultes, évidés à la main, dus au professeur Ilg ; une série de pièces de développement du crâne, depuis les premiers temps embryologiques ; tous les os du fœtus, et de l'enfant, en section verticale, avec les points d'ossification peints en rouge, et conservés dans l'alcool, pour servir aux démonstrations. C'est au premier étage que se trouve le musée d'anatomie comparée ; puis une

(1) Voir *Progrès médical*, nos 43, 44, 45, 49 et 50.

salle réservée aux garçons d'amphithéâtre (Diener) et où se préparent les os. Au rez-de-chaussée, en suivant le corridor latéral, on arrive aux appartements du professeur, puis à ceux des prosecteurs : un jardin, qui longe l'aile [illegible] l'Institut est aussi réservé au professeur d'anatomie.

Dans son rapport sur les hautes études pratiques dans les Universités allemandes [illegible] M. Würtz a publié une description et donné les plans de l'Institut anatomique de Berlin, dont la fondation remonte à 1866. — [illegible] l'Institut vétérinaire. Il est formé d'un rez-de-chaussée, d'un premier étage et d'un sous-sol. C'est au rez-de-chaussée que se trouvent les salles de dissection, au nombre de [illegible], assez petites d'ailleurs, et dont l'éclairage par des [illegible] semble un peu insuffisant, comme le remarquait M. Würtz : elles occupent l'aile gauche, avec les locaux destinés à la médecine opératoire, et d'autres à l'enseignement de l'anatomie [illegible] : dans l'aile droite, d'abord une grande salle pour les travaux spéciaux, la préparation de thèses, etc. ; les laboratoires de microscopie et les cabinets des prosecteurs ; au rez-de-chaussée sont encore plusieurs salles d'examens. — L'amphithéâtre des cours occupe la partie centrale du premier étage. Nous ne saurions mieux faire que de transcrire la description de M. Würtz, qui reste entièrement exacte aujourd'hui : « Son élévation est de 12 mètres ; son plafond est en bois et forme un dôme, divisé en cassettes, et couvert de riches peintures décoratives, dans le style roman. Quatre escaliers intérieurs et deux escaliers extérieurs en fer donnent accès à sept rangs de bancs à dossier et pupitre, qui s'élèvent en hémicycle, autour de l'espace où est placée la table de démonstration. Celle-ci est construite en fer, elle est mobile autour d'un axe central, elle est portée par des pieds garnis de roulettes, et peut glisser dans le sens horizontal, sur les rails d'une voie ferrée. » Derrière l'hémicycle, un cabinet où sont groupés les squelettes et les pièces démonstratives d'un usage constant. — Le long corridor qui borde l'amphithéâtre s'ouvre, à gauche dans un musée, très vaste, qui est à l'heure actuelle en voie de reconstruction ; à droite, le laboratoire du professeur d'anatomie, et, comme annexes, une bibliothèque et une autre salle qui renferme quelques collections particulières, et entr'autres, ces grandes coupes par congélation, dont la technique est si familière au professeur Waldeyer. Au premier étage encore, les deux prosecteurs ont leurs appartements. — Le sous-sol contient la salle de dépôt des cadavres, une glacière, la salle d'injection, pourvue de cuves en tôle, où les cadavres sont chauffés au bain avant d'être injectés — et aussi un appareil à congélation, formé d'une grande cuve verticale, en zinc, qui est encaissée d'environ un mètre dans le sol et le dépasse aussi d'un mètre : on y plonge le cadavre entier, debout ; on en remplit le fond avec de la paille, et la glace est empilée par-dessus : on obtient ainsi, au bout de deux ou trois jours, une congélation totale. — Ajoutons que l'Institut tout entier est éclairé aujourd'hui à la lumière électrique.

C'est le même plan fondamental que l'on trouve appliqué dans les autres instituts d'anatomie ; dans toutes les installations, même dans celles qui datent de fort longtemps (Breslau, à Iéna par exemple, où l'école d'anatomie occupe un ancien couvent), on a obéi à cette idée, qu'un Institut anatomique ne doit pas être seulement une école de dissection, mais aussi un laboratoire et un foyer d'études scientifiques. Etudions donc successivement : 1° l'enseignement et les éléments d'étude offerts aux élèves ; 2° le personnel d'enseignement, ses moyens d'existence et de travail, son avenir. (A suivre).

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 24. — 2e de Doctorat (2e partie) : MM. Ch. Richet, Hanriot, Reynier. — 4e de Doctorat : MM. Straus, Rendu, Brissaud. — 5e de Doctorat, (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Guyon, Jalaguier, Ribemont-Dessaignes ; — 2e partie (1re Série) : MM. Fournier, Landouzy, Déjerine ; — (2e Série) : MM. Potain, Hayem, Chauffard.

MERCREDI 26. — Epreuve pratique. Dissect. : MM. Farabeuf, Kirmisson, Reynier. 1er de Doctorat : MM. Regnauld, Pouchet, Villejean. — 2e de Doctorat (2e partie) : MM. Fournier, Ch. Richet, Joffroy. — 5e de Doctorat, (2e partie, 1re Série) : MM. Tréat, Bouilly, Jalaguier ; — 2e Série : MM. Guyon, Segond, Ribemont-Dessaignes.

JEUDI 27. — 2e de Doctorat (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Joffroy, Quenu. — 3e de Doctorat (2e partie) : MM. [illegible], Hanot.

VENDREDI 28. — 2e de Doctorat (2e partie) : MM. [illegible], Reynier. — 4e de Doctorat (2e partie, 1re Série) : MM. Hayem, A. Robin, Déjerine ; — (2e Série) : MM. [illegible], Brissaud. — 3e Officiat (Charité) : MM. [illegible]. — 5e de Doctorat (1re partie) (Charité) : MM. [illegible]. — (2e partie) : MM. [illegible] Chauffard.

SAMEDI 29. — [illegible] : MM. Berger, Quenu, Schwartz. — 2e de Doctorat (2e partie) : MM. Bouchard, Mathias-Duval, [illegible]. — 5e de Doctorat (1re partie) ([illegible]) : MM. [illegible]. — (2e partie, 1re Série) : MM. G. Sée, Peter, Hanot. — 5e Doctorat (2e partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Laboulbène, Debove, Ballet.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mercredi 26. — M. Dormand. De la médication interne dans le traitement de l'orchite blennorrhagique et du traitement de cette affection par la teinture d'Anémone pulsatille. — M. Gillet. De l'embryocardie ou rythme fœtal des bruits du cœur. — M. Durand. Contribution à l'étude des auto-intoxications. Des manifestations morbides du surmenage physique. — M. de Christmas. Recherches expérimentales sur la suppuration. — *Jeudi* 27. — M. Lassalle. Présentations primitives de la face. — Gonzalez. L'antéflexion de l'utérus gravide. — M. Despaigne. Etudes sur la paralysie faciale périphérique. — M. Pallier. Des péri-folliculites suppurées agminées en plaques. — M. Leriche. Service chirurgical de l'hôpital Isaac Pereire à Levallois-Perret. — M. Dacuss [illegible]. Recherches sur la structure et l'histo-genèse du corps vitré normal et pathologique. — M. Boutarel. Etude physiologique et thérapeutique sur les eaux de Bourbonne-les-Bains. — M. [illegible]. Diagnostic différentiel des éruptions du cuir chevelu dans l'enfance. — M. Moran. Du cephalématome chez le nouveau-né et en particulier de son étiologie. — *Samedi* 29. — M. Contie. De la transmission de la tuberculose par le lait. De l'hygiène des vacheries. — M. Fabre. Contribution à l'étude de la fièvre hystérique. — M. Jaugey. De la pleurésie dans la fièvre typhoïde.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 9 déc. 1888 au samedi 15 déc. 1888, les naissances ont été au nombre de 1170, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 424 ; illégitimes, 173. Total, 597. — *Sexe féminin* : légitimes, 401 ; illégitimes, 173. Total, 574.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 9 déc. 1888 au samedi 15 déc. 1888, les décès ont été au nombre de 984 savoir : 530 hommes et 445 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 5, F. 5, T. 10. — Variole : M. 1, F. 1, T. 2. — Rougeole : M. 18, F. 20, T. 38. — Scarlatine : M. 0, F. 0, T. 0. — Coqueluche : M. 0, F. 4, T. 4. — Diphthérie, Croup : M. 21, F. 19, T. 40. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phthisie pulmonaire : M. 125, F. 59, T. 184. — Autres tuberculoses : M. 9, F. 12, T. 21. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 4, T. 4. — Tumeurs malignes : M. 21, F. 20, T. 41. — Méningite simple : M. 18, F. 15, T. 33. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 32, F. 29, T. 62. — Paralysie : M. 2, F. 6, T. 8. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 6, T. 10. — Maladies organiques du cœur : M. 23, F. 29, T. 52. — Bronchite aiguë : M. 20, F. 24, T. 44. — Bronchite chronique : M. 17, F. 19, T. 36. — Broncho-Pneumonie : M. 18, F. 15, T. 33. — Pneumonie : M. 28, F. 24, T. 52. — Gastro-entérite, biberon : M. 19, F. 15, T. 34. — Gastro-entérite, sein : M. 8, F. 6, T. 14. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 1, T. 3. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Débilité congénitale : M. 11, F. 11, T. 22. — Sénilité : M. 14, F. 17, T. 31. — Suicides : M. 12, F. 2, T. 14. — Autres morts violentes : M. 7, F. 3, T. 10. — Autres causes de mort : M. 95, F. 70, T. 165. — Causes restées inconnues : M. 8, F. 4, T. 12.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 92, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 35, illégitimes, 16. Total : 51. — *Sexe féminin* : légitimes, 26, illégitimes, 15. Total : 41.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. Hérou, licencié ès sciences naturelles, est nommé chef des travaux pratiques de [illegible], en remplacement de M. [illegible], appelé à d'autres fonctions. — Un congé, pendant la durée de l'année scolaire 1888-1889, est accordé, sur sa demande, à M. [illegible], professeur de chimie minérale à ladite Faculté. — M. DITTE, professeur de

[illegible] à la [illegible] des sciences de [illegible] chimie à la Faculté des sciences de Paris.

FACULTÉS DES SCIENCES DE LYON. — [illegible] 1888-1889 [illegible] à M. [illegible], préparateur de physique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours [illegible] pathologie interne et médecine [illegible]*. — [illegible] trois quarts d'heure. Ordre des passages. Le [illegible] 17 décembre 1888, MM. [illegible] et Gaucher, surveillants : MM. [illegible] et Grenier. — Le mardi 18, MM. Jubel-[illegible] et [illegible]; surv. MM. [illegible] et Gaucher. — Le mercredi 19, MM. [illegible] et Marin; surv. Jubel-Renoy et Rendu. — Le jeudi 20, MM. [illegible] et Marie; surv. Mesnard et Marin. — Le [illegible] MM. Letulle et Brault; surv. [illegible] et Marie. — Le [illegible] MM. Suzanne et Andry; surv. Letulle et Brault. — Le mercredi 26, MM. Babinski et Barth; surv. MM. [illegible]. — Le jeudi 27, MM. Balzer et Davezac; surv. MM. [illegible] et Barth. — Le vendredi 28, MM. [illegible]; surv. MM. Balzer et Davezac. — Le samedi 29, MM. [illegible]; surv. MM. Netter et Chantemesse. — Le lundi 7 janvier 1889, MM. Vibert et Roques; surv. MM. [illegible] et [illegible]. — Le [illegible] MM. Jeannel et Sarda; surv. Vibert et Roques. — Le mercredi 9, MM. Royer et Gueit; surv. MM. Jeannel et Sarda. — Le jeudi 10, M. Grenier; surv. M. Gueit.

Les *questions* tirées au sort ont été, pour MM. [illegible] et Gaucher : *Anatomie pathologique et diagnostic des ulcérations de l'estomac*; — pour MM. Jubel-Renoy et [illegible] : *Syphilis des amygdales*; — pour MM. Mesnard et Marin : *Symptômes et diagnostic de la Diphthérie laryngée*.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. BERNHEIM, professeur de clinique médicale, membre du Conseil général des Facultés, est nommé assesseur du doyen de ladite Faculté.

ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'AMIENS. — Sont nommés : MM. ETIENNE, préparateur de chimie; SAINTE[illegible], préparateur de pharmacie; LEFEBVRE, préparateur de [illegible]; PETIT-HUMBERT, préparateur d'histoire naturelle.

ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BESANÇON. — Sont nommés : MM. THIRIET, préparateur d'anatomie; [illegible], préparateur de physique; JENEY, préparateur d'histoire naturelle.

ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE CLERMONT. — Il est créé une chaire de physique à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont. — Un concours s'ouvrira le 20 juin 1889, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant de la chaire [illegible] à l'École de Clermont. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOURS. — M. [illegible], professeur de physiologie, est maintenu [illegible] 10 novembre 1888, dans les fonctions de [illegible].

[illegible]

HÔPITAUX DE PARIS. — [illegible] M. [illegible] M. [illegible] M. [illegible] M. [illegible].

[illegible] — *Progrès*.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *[illegible] de Madrid*. M. le Dr JOSSE RIBERA, rédacteur de la *Revista de Medicina y Chirurgia [illegible]*, vient d'être proposé par le jury du concours comme professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Madrid. A ce concours [illegible] de clinique chirurgicale [illegible] de la Faculté de Barcelone [illegible] de la Faculté de Valladolid [illegible] de Madrid [illegible] épreuves [illegible] ainsi : 1re *Épreuve* : Réponse à une question de pathologie chirurgicale. — 2e *Épreuve* : une leçon d'une heure sur un point du programme. [illegible] ou 2 [illegible] des [illegible] demi-heure. — *Épreuve* : défense d'une [illegible] demi-heure, [illegible] Les concurrents [illegible] pour [illegible] d'eux). — [illegible] histoire complète [illegible] diagnostic, pronostic et traitement. — *Faculté de médecine de Berlin*. M. le Dr A. LANGGAARD (de Berlin) est nommé privat-docent de pharmacologie. — *Faculté de médecine de [illegible]*. M. le Dr [illegible], professeur extraordinaire de physiologie, est nommé professeur ordinaire. — *Faculté de médecine de Madrid*. M. le Dr [illegible] (de Valladolid) est nommé professeur [illegible]. — *Faculté de médecine de [illegible]*. M. le Dr [illegible], professeur extraordinaire de clinique [illegible], est nommé professeur ordinaire. M. le Dr [illegible], professeur [illegible] de pathologie générale, est nommé professeur ordinaire. — *Faculté de médecine de Pavie*. M. le Dr [illegible] est nommé professeur de clinique propédeutique. — *Faculté de médecine de [illegible]*. M. le Dr GROCCO est nommé [illegible] de clinique médicale. — *Faculté de médecine de [illegible]*. M. le Dr [illegible] est nommé professeur ordinaire de clinique [illegible]. — *College of Physicians and Surgeons of New-York*. M. le Dr [illegible] HALL, lecteur-adjoint de chirurgie, a été nommé professeur d'anatomie, en remplacement de M. [illegible]. M. le Dr C. Mc. BURNEY est nommé lecteur-[illegible]. — *Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg*. M. le Dr A.-M. LEWIN est nommé privat-docent de médecine interne. (*Sem. méd.*).

ACADÉMIE DES SCIENCES. — *Élection*. — M. SCHUTZENBERGER, professeur au Collège de France, a été nommé par 53 voix sur [illegible], dans la section de chimie, en remplacement de M. Debray, décédé, dans la séance du 17 décembre dernier.

ASILES D'ALIÉNÉS. *Concours pour les places de médecins-adjoints*. — Les candidats de la circonscription *lyonnaise* ont eu à traiter le 20 décembre la question écrite suivante : *Anatomie et physiologie du lobe pariéto-frontal*.

CONFÉRENCE SCIENTIA. — Récemment a eu lieu le onzième dîner de la conférence *Scientia*. M. Ulysse Trélat, professeur à la Faculté de médecine, présidait; il a prononcé un discours sur la Liberté.

ÉPIDÉMIES. — *Variole*. Cette affection [illegible] depuis plusieurs mois; les [illegible] sont nombreuses. Aucune [illegible] la population refuse de se faire [illegible] aux environs de [illegible]. — *Fièvre jaune*. L'épidémie de [illegible] considérée comme éteinte. — *Fièvre longue*. On signale [illegible] de fièvre [illegible] sur la côte Syrienne, [illegible]. — *Rougeole*. La rougeole sévit toujours à Cardiff; les décès [illegible]. A Londres, dans certains quartiers [illegible] actuellement de maladies [illegible].

LABORATOIRES. — Le laboratoire de [illegible] vient d'être [illegible] la Faculté [illegible].

NÉCROLOGIE. — M. le Dr EMERY-CODERRE vient de mourir à Montréal. Il était né à Saint-Denis (Canada), en 1814; il fut reçu docteur [illegible] en 1847, professeur de matière médicale et de thérapeutique à l'École de médecine de Montréal, [illegible] aujourd'hui de l'Université Victoria de Cobourg, Haut-Canada. On lui doit, entre autres ouvrages, *[illegible] célèbres*. Il fut un des fondateurs de [illegible]. — M. le Dr DONNEZAN (de Perpignan) [illegible]. — M. le Dr MEYNE [illegible]. — M. le Dr MORNARD [illegible]. — M. le Dr CHAMPONNIER (de Vésinet); — M. le Dr MILLIOT [illegible]; — M. le Dr MORTAIS [illegible]; — M. le Dr [illegible] (de Caen), — M. le Dr THEULIER (de la Ferté-sous-Jouarre). — M. le Dr VOLTAN (de Versailles). — M. le Dr H.-B. SANDS, chirurgien de Roswel Hospital à New-York, professeur de chirurgie au College of Physicians and Surgeons; — M. le Dr [illegible] (de Marseille); — M. le Dr von LEUHONEK, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Budapest; — M. le Dr O. [illegible], professeur de pathologie et de thérapeutique [illegible] au Queen's College de Cork; — M. le Dr SILVESTINI, professeur de clinique à la Faculté de Palerme; — M. le Dr [illegible], professeur de chimie à la Faculté de Marbourg. — M. le Dr [illegible], médecin principal de la marine, mort à bord du [illegible]. — M. le Dr ALBOYER [illegible]. — Différents journaux [illegible] annoncent la mort de M. le Dr VANZETTI [illegible] en janvier 1888, comme nous l'avons [illegible] (*Prog. méd.*, n° 3, 1888, p. [illegible]). — M. le Dr [illegible] DENARIE (de Chambéry).

HÔPITAL HOMOEOPATIQUE SAINT-JACQUES. (*Ruelle Voltaire, 227, rue de Vaugirard, 227*). — M. le Dr P. JOUSSET commencera son cours de clinique thérapeutique le dimanche 16 décembre, à 9 heures du matin, et le continuera les dimanches suivants. Visite des malades tous les matins à 8 heures 1/2.

AVIS A NOS ABONNÉS.— *L'échéance du 31 DÉCEMBRE étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement expire à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée le **25 janvier**, *augmentée de* UN FRANC *pour frais de recouvrement. Nous les engageons donc à nous envoyer leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal. — Enfin, nous invitons ceux d'entre eux qui auraient égaré des numéros de 1888 à nous les réclamer **avant le vingt janvier.**

Chronique des hôpitaux.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. le Dr Jules SIMON commencera ses conférences de thérapeutique infantile le mercredi 9 janvier 1889, à neuf heures et les continuera les mercredis suivants à la même heure. Consultation chimique tous les samedis.

HÔPITAL LAENNEC. — *Chirurgie.* — M. ROUTIER, suppléant M. NICAISE. — Salle Chassaignac (F.) : 1, rétroversion utérine et hysteropexie ; 2, métrite ; 3, métrite ; 3, ovario-salpingite (non opérée) ; 4, cataracte opérée ; 5, dacryocystite ; 6, ovaro-salpingite, laparotomie, ablation des annexes ; 7, métrite cervicale ; 8, cancer du sein ; 9, fracture bimalleolaire ; 10, abcès pelvien, laparotomie ; 11, ovaro-salpingite, laparotomie, ablation des annexes ; 12, kystosarcome ovarien, laparotomie. ablation ; 13, tumeur abdominale ; 14, kyste de l'ovaire, laparotomie ; 15, salpingite tuberculeuse, laparotomie ; 16, cystite du col ; 17, abcès du sein ; 18, résection du genou pour tumeur blanche ; 19, cancer du col ; 20, métrite ; 21, papillôme verruqueux ; 22, névrite généralisée avec plaques de sphacèle de la peau. — Salle Malgaigne (H.) : 1, fracture de l'avant-bras avec plaie contuse du bord externe ; 2, adénite cervicale suppurée ; 3, retrécissement blennorrhagique ; 4, hernie inguinale gauche ; 5, luxation de l'épaule ; 6, périostite du maxillaire inférieur ; 7, ostéite épiphysaire tuberculeuse du tibia ; 8, hernie inguinale double ; 9, ostéomyélite chronique prolongée ; 10, fracture compliquée du coude ; 11, commotion cérébrale ; 12, abcès périrectal ; 13, plaie de la main par arme à feu ; 14, abcès froid costal ; 15, genu valgum, ostéoclasie ; 16, ostéomyélite du fémur ; 17, résection du genou ; 18, ostéomyélite des deux tibias ; 20, résection du genou ; 21, cancer de l'œsophage, gastrostomie ; 22, tumeur hybride de la langue, ablation ; 23, fistules osseuses de la cuisse ; 24, brûlure ; 25, castration ; 26, eczéma variqueux ; 27, fracture du coude ; 29, amygdalite syphilitique ; 30, adenite inguinale, tuberculose suppurée ; 31, tumeur blennorrhagique du genou, 32, rupture ancienne du biceps ; 33, kyste dermoïde de la queue du sourcil ; 34, orchite blennorrhagique ; 35, gommes syphilitiques ; 36 rétrécissement de l'urèthre ; 37, abcès du perinée ; 38, gomme syphilitique du tibia.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard St-Germain.

DEBIERRE (Ch.). — Contribution à l'étude des synoviales et des bourses séreuses, tendineuses péri-articulaires. Brochure in-8° de 39 pages. Extrait du *Journal de l'Anatomie*.

LANDERER (A.). — Give neue Behandlungs-Weise tuberculoser Processe. Brochure in-8° de 27 pages. Extrait du *Münchener Medicinische Wochenschrift*, — Leipzig, 1888.

RAYMOND (Th.). — Tumeurs abdominales ; leur ablation. Brochure in-8° de 15 pages. — Limoges, 1888. — Librairie Ducourtieux.

RODRIGUEZ Y ABAYTUA (N.). — Inaplicacion terapeutica de la antisepsia interna. Brochure in-8° de 28 pages. — Madrid, 1888. — Libreria N. Moya.

SAUCEROTTE (T.). — De l'emploi de la digitale dans le traitement de la pneumonie. Brochure in-8° de 35 pages. Extrait de la *Gazette médicale de Paris*. — Paris, 1877.

TRANSACTIONS OF THE OBSTETRICAL SOCIETY OF LONDON. Vol. XXX, for the Jear 1888, part. III, for June and July. Volume in-8° de 106 pages. Price 4 shillings. — London, 1888. — La Société, 54, Berners et reet W.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

MONIEZ (R.). — Les parasites de l'homme (animaux et végétaux). Vol. in-16 de 307 pages, avec 72 figures. — Prix. 3 fr. 50

Libraire A. COCCOZ, 11, rue de l'Ancienne-Comédie, 11.

TROLARD. — Livret de la santé de l'enfant. — Carnet d'observation maternelle. Brochure in-18 de 16 pag. — Prix. 50 c.

BALAGNER (N.). — Plan de reforma de la enseñanza oficial y libre de las ciencias biologicas. Brochure in-8° de 32 pages. — Barcelona, 1888. — Imprenta de los sucesores de Ramirez.

DURAND-CLAYE (A.). — Le desséchement du lac Copaïs (Grèce). Brochure in-4° de 22 pages, avec 7 planches hors texte. — Paris, 1888. — Imprimerie Nationale.

LARDIER. — De la prophylaxie des maladies épidémiques et transmissibles. Brochure in-8° de 6 pages. — Rambervillers, 1888. — Typographie Méjeat.

LEVI (R.). — Cenui statistici ed appunti sui pellagrosi osservati in cavarzere. Brochure in-8° de 15 pages. — Adria, 1888. — Premiata tipografie P. Guarnicri.

MORETTI (O.). — Del paromioclono moltiplece (Calinocorea). Brochure in-8° de 40 pages, avec un tableau hors texte. — Napoli, 1888. — Vallardi.

SERAFINI (A.), — Contribuzione alla casuistica della tubercolosi dello stomaco. Brochure in-8 de 26 pages, avec une planche hors texte. — Napoli, 1888. — Stabilimento d'ell'Unione.

Librairie G. CARRÉ 58, rue Saint-André-des-Arts, 58.

MEMENTO DES PRINCIPALES DÉCOUVERTES ANATOMIQUES, à l'usage des étudiants en médecine (2e doctorat — 1re partie). Volume in-8° de 66 pages.

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

DUTILLEUL (G.), — Essai sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie de la trompe uterine. Brochure in-8° de 77 pages, avec 7 figures.

BERTIN-SANS. — L'hygiène des vacheries. Brochure in-8° de 18 pages. Extrait du *Montpellier médical*. — Montpellier, 1888. — Ch. Boehm.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VIII. N° 52. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 29 DÉCEMBRE 1888.

Le Progrès Médical

CLINIQUE INFANTILE

Des manifestations précoces de la syphilis congénitale, étudiées spécialement au point de vue du diagnostic (*Suite*) (1) ;

par le Dr SEVESTRE, médecin de l'Hospice des Enfants-Assistés.

Psoriasis. — *Erythème squameux.* — Sous le nom de *faux psoriasis*, Trousseau et Lasègue ont signalé une éruption qui affecterait spécialement les régions palmaire et plantaire et qui aurait dans le diagnostic de la syphilis héréditaire une grande valeur. Gailleton et ses élèves, et spécialement Madier-Champvermeil (2) ont, de leur côté, décrit une éruption qu'ils considèrent comme analogue au faux psoriasis de Trousseau et Lasègue, et qui présenterait les caractères suivants.

Dans un premier degré (*Erythème simple*; *Syphilide hyperémique*), l'éruption se présente sous forme d'un érythème diffus, d'un rose vif ou clair, constitué par des plaques tantôt de la largeur d'une pièce de 5 francs, tantôt occupant comme une nappe un membre ou un segment de membre; son siège d'élection est la paume de la main, le cou, qu'il embrasse comme le ferait un collier, et surtout les fesses, la face postérieure des cuisses et des jambes et la face plantaire; quelquefois il est surtout prononcé aux régions malléolaire et périanale.

Dans une autre forme, ou plutôt dans un second degré (car habituellement les deux variétés se succèdent) l'éruption mérite le nom d'*érythème squameux*, et a été appelée *syphilide néoplasique simple diffuse*. Elle siège de préférence aux régions palmaire et plantaire; aux mains, elle débute dans les plis naturels et sur l'éminence thénar, puis envahit toute la région, occupant même la pulpe des dernières phalanges, et entourant l'ongle qui est lui-même modifié; aux pieds, elle commence aux talons et aux malléoles et de là s'étend à toute la face plantaire des pieds et des orteils. En outre, on trouve fréquemment cet érythème à la région péri-anale, sur les fesses et la partie postérieure des cuisses et des jambes; au cou et au menton, où il forme un véritable collier ou un bandeau, représentant les points comprimés par les attaches du bonnet; là encore il débute souvent dans le sillon mento-labial et dans les divers plis de flexion de la région sous-maxillaire. Du membre inférieur, il s'étend quelquefois à toute la région lombaire, sans gagner les flancs, et présente alors la configuration générale d'un fer à cheval dont les deux branches seraient formées par les membres inférieurs et la partie arrondie par la limite de l'éruption à la région lombaire.

Cet érythème présente trois caractères essentiels (couleur, squame, épaississement de la peau). La couleur est rouge cuivre et devient blanc rosé quand l'éruption tend à la guérison. La squame blanche, épaisse et sèche, recouvre au début toute la plaque érythémateuse, cette squame soulevée tout d'un bloc en commençant par le centre, cède en quelques jours et laisse à nu et entourée d'une collerette épidermique la surface rouge absolument sèche, qui, vue à contre-jour, est comme vernissée et à éclat métallique; tantôt, et c'est le cas le plus fréquent pour les pieds et les mains, une fois la première squame tombée, il ne s'en reforme plus que lentement et il reste une surface lisse; tantôt (aux fesses, aux cuisses et aux jambes), il se produit constamment de nouvelles squames ou squamules, semblables à celles qu'on voit dans l'eczéma ou le pityriasis rubra. Mais jamais ces plaques ne sont sécrétantes ou même suintantes; jamais le linge n'est mouillé. Enfin, la peau est épaissie; elle est toujours striée et ridée dans le sens transversal; au toucher, elle est épaisse et rugueuse et donne la sensation d'un eczéma lichenoïde.

Ces éruptions sont toujours diffuses; elles ne sont point fugaces, mais persistent souvent pendant plusieurs semaines. Elles doivent être distinguées des éruptions qu'on rapporte à la cachexie; car les plus beaux types ont été observés chez des enfants forts et vigoureux, ne paraissant pas beaucoup souffrir de la syphilis.

En général, les érythèmes squameux coïncident avec d'autres éruptions papuleuses (papules sèches ou humides) ou pustuleuses (acné, ecthyma, abcès furonculeux).

En outre on voit, dans certains cas, prendre naissance, sur les surfaces enflammées, des bulles qui diffèrent de celles du pemphigus vrai précédemment décrit par l'époque tardive de leur apparition, par leur faible volume, leur petit nombre, leur transparence, et enfin par leur apparition sur des surfaces atteintes d'érythème squameux. (*Erythème bulleux*; *Syphilide néoplasique vésiculo-bulleuse*; *Faux pemphigus syphilitique de Roger*).

D'autres fois (aux fesses, aux cuisses, aux membres), on voit, dans les cas graves, se manifester sur une plaque érythémateuse, une ulcération. (*Erythème ulcéreux*; *Syphilide néoplasique ulcéreuse superficielle*).

J'ai cru devoir présenter avec quelques détails la description de l'érythème squameux, en raison de l'importance que lui attribuent certains auteurs (P. et E. Diday, Jullien, etc.). M. Madier-Champvermeil, s'appuyant sur l'autorité de M. Gailleton, n'hésite pas à affirmer que l'érythème squameux bien caractérisé est un signe certain de syphilis, au même titre que les plaques muqueuses, et qui plus est un signe de syphilis héréditaire. Il admet qu'il est dû à l'élimination du virus syphilitique produisant dans les tissus qu'il traverse une irritation nutritive qui a pour effet la sclérose et la squame.

Sans discuter cette interprétation, et pour m'en tenir au fait lui-même, je dirai que la valeur séméiotique de l'érythème squameux ne me paraît pas aussi évidente.

Je crois d'ailleurs que le rapprochement établi par M. Madier-Champvermeil entre le faux psoriasis de Trousseau et Lasègue, et les éruptions qu'il désigne sous le nom d'érythème simple et d'érythème squameux n'est pas suffisamment justifié, et j'estime qu'au contraire il y a lieu de les séparer.

---

(1) Voir *Progrès médical*, nos 49 et 50.

(2) Madier-Champvermeil. — *Des syphilides palmaires et plantaires, étudiées spécialement dans la syphilis héréditaire.* Thèse de Paris, 1874.

Les enfants atteints de syphilis héréditaire présentent en effet, dans certains cas, sur la paume des mains et la plante des pieds, une éruption dont l'apparence est assez analogue à celle du psoriasis, et qui se caractérise par des plaques recouvertes de squames peu épaisses et n'offrant pas la teinte blanche (tache de bougie) du vrai psoriasis. Celui-ci, d'ailleurs, est absolument exceptionnel chez les jeunes enfants et n'occupe pas le même siège. Le faux psoriasis, d'après M. Roger, serait commun dans la syphilis héréditaire ; je ne l'ai au contraire observé que dans des cas assez rares, comme manifestation isolée, et je crois qu'il est inutile de décrire à part cette éruption et qu'il est plus exact de la consdérer comme une simple modification de la syphilide en plaques. J'ai déjà signalé l'apparence furfuracée que présentaient les plaques des sourcils : celles-ci sont aussi considérées par Trousseau et M. Roger comme des exemples de faux psoriasis.

Quant à l'érythème décrit par M. Madier-Champvermeil, je ne puis être aussi affirmatif que cet auteur sur sa véritable nature. Sans doute, j'ai vu quelquefois, chez des enfants syphilitiques une éruption semblable à celle-ci, mais je l'ai observée aussi et avec des caractères analogues chez des enfants qui n'étaient nullement syphilitiques. Je veux bien admettre que cette éruption puisse être plus fréquente chez les syphilitiques, parce que chez eux la peau est plus irritable, plus impressionnable aux agents extérieurs, mais je crois que l'irritation qui produit l'érythème squameux est due, non pas à l'élimination d'un virus, mais à l'action de causes extérieures banales. La configuration spéciale en fer à cheval, que signale M. Madier-Champvermeil, s'expliquerait facilement dans cette hypothèse ; car les régions atteintes sont celles qui sont surtout exposées aux frottements, et au contact souvent prolongé des matières et des urines.

En somme, sans nier absolument que l'érythème dit squameux des pieds et des mains puisse être dû à la syphilis, je crois que la question n'est pas encore complètement jugée.

Syphilide gommeuse. — Signalée par Bertin, qui la comparait aux tumeurs gommeuses de l'adulte, observée aussi par Bassereau, Cazenave, Putégnat, et décrit par Rinecker sous le nom de *syphilis nodosa*, cette lésion parait avoir été presque complètement laissée de côté par les auteurs plus récents. Julien ne lui consacre que quelques lignes, et Diday la considère comme un accident rare. Pour Parrot, au contraire, les gommes syphilitiques de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané sont assez communes et d'après les faits que j'ai observés, je crois pouvoir confirmer cette opinion, en l'accentuant encore.

Les gommes de la peau se présentent sous forme de petites masses, du volume d'un grain de millet, d'un grain de chenevis, d'un noyau de cerise ; mobiles sous le tégument au début et présentant alors une dureté caractéristique, elles ne tardent pas à adhérer à la peau, et à se confondre avec elle ; la tumeur présente alors une teinte violacée, puis au bout d'un certain temps, si on la comprime entre deux doigts, on voit apparaitre au centre une tache d'un blanc jaunatre, et l'on constate alors que la tumeur s'est ramollie ; plus tard encore, la tumeur se vide soit par une fente, soit plus souvent par une ouverture circulaire et il reste une excavation profonde dont les bords sont taillés à pic. Ces gommes se voient principalement sur la peau des fesses, des cuisses et des jambes, en arrière et en dehors ; c'est là que les a surtout observées Parrot qui les considère comme rares dans d'autres régions, et dit n'en avoir jamais vu à la face, ni aux membres supérieurs. Pour ce qui me concerne, j'en ai souvent rencontré aussi sur le tronc, soit dans le dos, soit sur le ventre, et assez souvent aussi dans le cuir chevelu ; enfin, bien que le fait soit rare, j'en ai vu plus d'une fois aux mains, comme aux pieds.

Tantôt isolées, elles sont d'autres fois au nombre de 12 ou 15, disséminées sans ordre sur toute la surface cutanée et généralement à une assez grande distance les unes des autres.

D'après Parrot, c'est dans les deux derniers tiers de la première année qu'elles sont le plus fréquentes, mais j'ai pu en observer dès les premiers mois, soit seules, soit coïncidant après les éruptions décrites précédemment. Il est certain, en effet, que la gomme est une lésion plus profonde et plus tardive, mais il ne faut pas oublier que la syphilis héréditaire a une évolution toute différente de celle de la syphilis acquise, et que l'on peut voir apparaitre en même temps des lésions très diverses.

Ulcérations dans la syphilis héréditaire. — Chez l'enfant atteint de syphilis héréditaire, il n'existe pas de syphilide ulcéreuse vraie, et les ulcérations que l'on peut observer chez lui sont toujours consécutives à l'une des éruptions précédemment décrites : c'est une bulle, c'est une plaque qui s'ulcère sous l'influence d'une disposition particulière du malade, et par le fait du siège qu'elle occupe. Il est tout naturel que ces ulcérations soient surtout fréquentes sur les fesses, la partie postérieure des cuisses et le scrotum, régions que souillent constamment les matières fécales et les urines. Mais cela ne suffit pas à expliquer le développement et surtout la persistance de l'ulcération : le facteur principal est l'état général du malade. D'après Diday lui-même, qui décrit cependant une syphilide ulcéreuse, « les ulcérations ne s'observent que dans les véroles fortes, qui ont amené l'enfant à un degré avancé de cachexie, ou par la coïncidence avec la syphilis d'influences générales débilitantes, qui réalisent le même effet. La cause principale de leur apparition est l'état général grave du sujet ». C'est avouer, en d'autres termes, que dans la production de ces ulcérations, la syphilis ne joue pas un rôle personnel, spécifique ; elle agit cependant, mais au même titre que toute autre maladie déprimante. En outre, elle crée la lésion cutanée qui est le point de départ local de l'ulcération, mais celle-ci, ne se produit pas forcément dans une syphilis intense, et peut par contre survenir dans une syphilis légère évoluant chez un enfant débile.

On ne peut donc, ni du caractère de ces ulcérations, ni de leur existence même tirer aucun élément positif pour le diagnostic : ce qui est caractéristique en pareil cas, ce n'est pas l'ulcération elle-même, c'est la lésion (bulle de pemphigus, plaque muqueuse, etc.) qui a précédé l'ulcération et sur laquelle celle-ci s'est développée.

Les ulcérations observées dans la syphilis, sont d'ailleurs généralement superficielles, dit Parrot, et lorsqu'on voit le travail destructif s'attaquer aux parties profondes, il faut soupçonner la tuberculose.

Eruptions pseudo-syphilitiques. — Les éruptions cutanées que j'ai étudiées jusqu'ici ne sont pas les seules que l'on ait décrites dans la syphilis héréditaire, et il en existe un certain nombre d'autres, dénommées d'ailleurs

d'une façon variable par les différents auteurs. Je les rangerai toutes sous l'appellation générale de *syphiloïdes* ou d'*éruptions pseudo-syphilitiques*, parce qu'elles doivent être distraites, je pense, du cadre de la syphilis héréditaire.

L'étude de ces éruptions n'en présente pas moins une grande importance, en raison des erreurs de diagnostic auxquelles elles peuvent donner lieu, et aussi, il faut bien le dire, en raison de la valeur que leur ont attribuée des observateurs très autorisés. Si je conteste cette valeur, je dois donner les motifs de mon opinion. Il en est d'ailleurs quelques-unes pour lesquelles le doute est encore permis; c'est par elles que je débuterai. L'érythème squameux déjà décrit plus haut, me parait d'ailleurs devoir rentrer dans ce groupe. Pour d'autres, l'origine non syphilitique me parait absolument démontrée.

Ecthyma, Acné, Impetigo syphilitiques. — Certains auteurs et Parrot lui-même, ont décrit une *syphilide vésiculo-pustuleuse* ou *ecthymateuse* qui serait caractérisée de la façon suivante : « elle est constituée par des vésicules dont le contenu devient très vite purulent, et par des pustules d'ecthyma qui apparaissent sur des plaques rouges et se développent successivement et avec une grande rapidité. Leur pourtour est violacé et leur tendance à l'ulcération des plus marquées. Dans aucun cas, l'éruption n'était générale ; elle occupait des surfaces assez étendues, mais toujours nettement circonscrites. L'abdomen semble être un de ses sièges de prédilection ». Parrot, à qui cette description est textuellement empruntée, avoue d'ailleurs que pour distinguer cette éruption de l'ecthyma simple, si l'on n'est pas aidé par d'autres symptômes, on pourra se trouver dans un grand embarras. Le caractère le plus important serait tiré de ce fait que l'ecthyma simple est d'ordinaire généralisé, et surtout qu'il n'a pas cette tendance à l'ulcération.

J'ai observé, en effet, plus d'une fois des pustules d'ecthyma chez des enfants syphilitiques, mais j'en ai vu aussi chez des enfants qui ne présentaient aucun symptôme de syphilis, et sans qu'il fut possible d'établir entre les deux variétés une différence appréciable ; en outre, qu'il s'agisse ou non d'un syphilitique, le meilleur mode de traitement consiste, en même temps d'ailleurs qu'on agit sur l'état général, à assurer la propreté ou mieux encore l'antisepsie de la peau par des bains de sublimé ou tout autre moyen du même genre. Je crois donc qu'il s'agit d'une lésion banale, probablement d'origine microbienne, et dont le développement chez le syphilitique est d'ailleurs favorisé par l'état cachectique du malade et par l'état d'irritation habituelle de la peau que crée le voisinage des éruptions vraiment syphilitiques. C'est de cette façon, je pense, que l'on peut expliquer la localisation spéciale de l'ecthyma dans les cas de ce genre.

Une interprétation analogue me parait devoir être admise pour les lésions qui ont été décrites sous le nom d'*acné syphilitique* et d'*impetigo syphilitique*. Cette dernière éruption se distinguerait de l'impetigo vulgaire par son siège qui serait la face au pourtour du nez, de la bouche, aux paupières, au front : par son auréole cuivrée, par la couleur de ses croutes épaisses brunes-verdâtres, par l'induration des tissus et enfin par l'ulcération profonde de la peau déterminant ultérieurement la formation de cicatrices. Mais il me semble que c'est seulement par un abus de langage que l'on peut donner le nom d'impetigo à une lésion de ce genre. D'ailleurs, comme le disent fort justement les auteurs de l'article du *Dictionnaire encyclopédique*, lorsqu'on n'a pas assisté au début de la maladie, et lorsqu'on se trouve en face d'une ulcération recouverte de croûtes épaisses et foncées, il est bien difficile de classer l'affection qui lui a donné naissance ; on confond facilement alors, non seulement entre eux l'impetigo, l'ecthyma, le rupia, mais encore l'une ou l'autre de ces affections avec les ulcérations consécutives aux plaques muqueuses, si fréquentes à la face et aussi avec certains ulcères croûteux qui résultent de l'affaiblissement et de la dessication d'une bulle de pemphigus.

Erythème simple ou vésiculeux des fesses. — Chez les enfants syphilitiques, comme chez les autres, on peut observer dans la région des fesses une éruption qui n'est pas d'origine syphilitique, mais dont je dois cependant indiquer les caractères principaux, afin d'éviter des erreurs de diagnostic (1). Cette éruption, l'érythème simple ou vésiculeux, se présente tantôt sous forme de petites taches isolées et disséminées sur les fesses et les régions avoisinantes, tantôt sous forme de plaques plus ou moins étendues, quelquefois même généralisées à toute la région du *siège*.

Dans tous les cas d'ailleurs, le début est le même et a lieu par une vésicule qui se dessèche ou se déchire, laissant après elle une rougeur plus ou moins vive. Lorsqu'on observe l'éruption à ce moment, on pourrait penser qu'elle a débuté par une rougeur suivie de desquamation ; mais, si l'on examine avec soin les parties malades, presque toujours on retrouve à la périphérie de la plaque ou dans son voisinage, des vésicules en voie de desquamation, ou encore pleines de liquide. Ces plaques rouges sont souvent le siège d'un suintement qui empèse le linge, elles saignent facilement ; dans certains cas, elles présentent des érosions ou même de véritables ulcérations arrondies ou affectant parfois une apparence serpigineuse par suite de la réunion de plusieurs ulcérations voisines.

L'érythème simple des nouveau-nés est surtout marqué sur la partie convexe des fesses, mais ordinairement ne reste pas limité à ce point ; on le voit s'étendre sur le périnée, sur le scrotum ou sur la vulve, sur les régions inguinales, jusqu'au voisinage de l'ombilic que cependant il atteint rarement ; plus fréquemment, il se propage vers les cuisses, ou même à la face interne des jambes jusqu'aux talons. Mais c'est toujours sur la région fessière et le périnée qu'il a son maximum de développement. C'est aussi dans ces régions qu'on peut observer des ulcérations ; chez les garçons, le raphé médian du périnée est souvent ulcéré et forme une saillie longitudinale indurée, alors même que dans tout le reste de son étendue l'érythème est tout à fait superficiel. Les ulcérations peuvent se montrer aussi sur la face postérieure du scrotum ou à la face externe des grandes lèvres. Enfin, le pourtour de l'anus présente assez ordinairement une rougeur très vive, et souvent les plis radiés sont ulcérés à leur partie saillante.

Il est important de bien connaitre ces particularités, car on pourrait dans certains cas être disposé à croire à une éruption syphilitique. L'existence de vésicules au pourtour des plaques érythémateuses, le siège de l'éruption qui est habituellement moins localisée qu'une syphilide en même temps d'ailleurs que l'apparence générale de cette éruption permettront de faire le diagnostic : on remarquera aussi que l'éruption manque

(1) Parrot. — *L'athrepsie*, p. [illegible].
Sevestre. — *Des érythèmes fessiers chez les enfants du premier âge* ; in *Semaine médicale*, 1887, p. 417.

généralement dans le fond des plis de la peau (plis fessiers, pli génito-crural, etc.); il semble qu'elle passe par dessus ces plis comme sur un pont. Il en est tout autrement des éruptions syphilitiques qui sont surtout développées dans le fond des plis.

Les nouveau-nés, les enfants âgés de quelques semaines sont surtout exposés à l'érythème, mais les enfants plus âgés n'en sont pas exempts. De même l'érythème se voit surtout chez les enfants faibles, débiles, mais on peut l'observer chez des enfants vigoureux et il est certain que Parrot a forcé la note en désignant cet érythème sous le nom d'érythème de l'athrepsie.

L'érythème vésiculeux est produit par toutes les causes qui peuvent amener une irritation de la peau, mais spécialement par le contact des matières intestinales *altérées*, comme c'est le cas chez les enfants atteints de diarrhée et particulièrement de diarrhée verte. Il peut du reste très bien se faire qu'il coïncide avec une éruption syphilitique. (*A suivre*).

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — **M. TERRILLON**.

Ablation d'un énorme kyste multiloculaire et d'un volumineux fibrôme de l'utérus ;

Observation recueillie par **Edmond VIGNARD**, interne des hôpitaux.

L'*ovario-hystérectomie* est une opération extrêmement rare; d'ordinaire, quand un chirurgien trouve en même temps qu'un kyste de l'ovaire des myomes de l'utérus, il enlève le kyste et respecte les myomes, de peur de transformer une opération relativement bénigne en une opération grave. Il est cependant des circonstances, heureusement très-rares, où l'ovario-hystérectomie devient une opération de nécessité; en voici un exemple :

OBSERVATION. — Mme X..., âgée de 53 ans, a eu deux couches normales entre 20 et 25 ans. Elle s'est toujours bien portée jusqu'à l'âge de 37 ans. A cette époque apparurent graduellement tous les symptômes d'un myome utérin : la malade eut des pertes, des douleurs et on reconnut bientôt l'existence dans l'abdomen d'une tumeur dure dépassant le niveau du pubis. Cependant, jusqu'à il y a sept ou huit mois, l'existence était très supportable, l'état général restait bon; et la malade, arrivée à la ménopause, tourmentée seulement par quelques pertes irrégulières, quelques douleurs abdominales, jouissait d'une assez bonne santé, malgré la présence de ce myome.

Il y a 8 mois environ, le ventre, dont le volume restait stationnaire depuis quelques années déjà, se mit à grossir avec une rapidité inquiétante; bientôt il devint énorme. Des phénomènes de compression survinrent : miction difficile, douloureuse, défécation laborieuse, œdème des membres inférieurs, mais surtout la malade se mit à maigrir, à perdre ses forces d'une façon très sensible pour elle et pour son entourage.

M. Terrillon, appelé en consultation, diagnostiqua un kyste multiloculaire de l'ovaire qui probablement était venu s'ajouter à des myomes de l'utérus préexistants. Le toucher vaginal révélait une matrice volumineuse, et les mouvements imprimés à la masse abdominale se transmettaient au col, indiquant une adhérence ou tout au moins un accollement intime du kyste à l'utérus. Une intervention opératoire fut décidée, et elle fut encore hâtée par l'apparition de symptômes indiquant une altération du kyste : inappétence, état saburral de la langue, vomissements avec un peu de sensibilité du ventre et un léger état fébrile.

L'*opération* fut pratiquée le 24 mai 1888 avec l'aide de M. Routier. On trouva tout d'abord un kyste multiloculaire gélatineux rompu dans l'abdomen, et rompu depuis peu, ce qui expliquait les phénomènes survenus quelques jours avant l'opération. Force fut de vider autant que possible le kyste de son contenu avec la main. Il fallut ensuite le libérer péniblement d'adhérences avec la paroi abdominale, avec l'intestin; Une grande partie des circonvolutions intestinales présentait un aspect rougeâtre, tomenteux ; çà et là, on voyait des plaques gélatineuses adhérentes au péritoine, à l'intestin. Le kyste était libéré par sa partie antérieure ; restait à vaincre les connexions qu'il pouvait présenter avec les organes profonds. C'est alors que les grosses difficultés commencèrent. La tumeur kystique coiffait, en effet, un myome utérin bosselé, gros comme une tête de fœtus et lui était complètement adhérente. On essaya pendant quelques instants de l'en séparer, mais ce fut en vain, l'adhérence était trop intime. Il y avait pour ainsi dire fusion complète entre la paroi kystique et la surface du myome, et il devint évident qu'il fallait en enlever totalement le kyste avec l'utérus ou bien faire une opération incomplète et abandonner dans l'abdomen une grande partie de la tumeur kystique.

M. Terrillon n'hésita pas entre ces deux partis. L'opération ne pouvait rester incomplète, à cause de la nature de la tumeur, kyste multiloculaire à parois fragiles et friables, avec des poches multiples qui se déchiraient à la moindre traction. Or, en explorant le petit bassin, on reconnut que l'adhérence du kyste ne se prolongeait pas jusqu'au col utérin, que ce col était libre et pouvait constituer une sorte de pédicule commun aux deux tumeurs accolées, kyste de l'ovaire et myomes de l'utérus.

L'ovario-hystérectomie fut donc décidée. Les deux tumeurs réunies étant extraites du ventre, un drain de caoutchouc fut enroulé deux fois autour du col de l'utérus et attaché avec de la soie. Après avoir sectionné un peu au-dessus du tube élastique, on se trouva en présence d'un moignon utérin large, extrêmement court et qu'il était impossible d'attirer hors de l'abdomen. Au milieu de sa surface se trouvait la cavité utérine coupée en travers. M. Terrillon hésita un instant et fut sur le point de le laisser libre dans la cavité péritonéale; mais n'étant pas très sûr de l'antisepsie du drain de caoutchouc, il attira le plus possible le pédicule et le fixa avec des fils d'argent au péritoine pariétal dans l'angle inférieur de la plaie abdominale.

Au lieu de dépasser le niveau du ventre, comme dans une hystérectomie extra-péritonéale ordinaire, le pédicule se trouvait situé au fond d'une sorte de cavité profonde due à l'épaisseur des parois abdominales et rendue plus profonde encore par les tractions qu'exerçait sur ces parois un pédicule trop court. Après lavage du péritoine, la plaie de l'abdomen fut fermée à l'aide de vingt points de suture. L'opération avait duré une heure et demie et la malade était très affaiblie.

Les *suites opératoires* ne furent pas simples. Dès le début, la malade eut de la fièvre 38°, 39° et quelques dixièmes, sans frissons toutefois et avec un état général relativement bon. D'autre part, il ne survenait aucun signe de péritonite, ni douleurs abdominales, ni vomissements. Mais, malgré tous nos efforts, le pédicule se putréfiait au fond du cul-de-sac; le 11e jour la température atteignit 40°; il se faisait certainement de la résorption purulente au niveau du pédicule; aussi M. Terrillon se décida-t-il à intervenir activement. Le 12e jour donc, après avoir éclairé avec soin le fond de la cavité où se trouvait le pédicule, il enleva le tube de caoutchouc et sectionna ce qu'il put du pédicule mortifié. Il en résulta une cavité énorme mesurant 20 centim. de profondeur. Cette cavité fut soigneusement désinfectée et bourrée de gaze iodoformée. La température, à partir de ce jour, tomba progressivement et la cicatrisation s'acheva peu à peu, grâce à des lavages et à des pansements répétés. Vers le 30e jour, le liquide de ces irrigations sortait en partie par le vagin; il s'était établi une communication par l'intermédiaire de la cavité utérine.

Actuellement, la malade est parfaitement guérie; on ne sent plus à la palpation qu'une plaque indurée au niveau des plaques gélatineuses adhérentes au péritoine et laissées dans l'abdomen au cours de l'opération.

RÉFLEXIONS. — L'intérêt de cette observation, un peu sommaire au point de vue clinique, nous semble résider : 1° Dans les difficultés extrêmes que l'opération a présentées. Ce n'est pas qu'il soit rare de rencontrer des kystes de l'ovaire adhérents à l'utérus; maints kystes

du ligament large sont dans ce cas; mais ordinairement les adhérences sont moins étendues et surtout moins intimes et la séparation est possible ; ou bien encore il s'agit de ces kystes bénins pour lesquels une opération incomplète est rationnelle. Dans notre cas, les adhérences étaient très étendues, très intimes, et il s'agissait d'un kyste multiloculaire à développement rapide qu'à tout prix il fallait enlever dans sa totalité. En de telles circonstances, l'hystérectomie fut une opération de nécessité; elle ne fut pas pratiquée pour débarrasser en même temps la malade de ses myomes, mais seulement pour permettre l'ablation du kyste. 2° L'ovario-hystérectomie est une opération des plus rares. En parcourant les publications de ces dernières années, nous n'avons trouvé que l'Observation de M. Quénu publiée *in extenso* dans la *Revue de Chirurgie* (p 266, 1886). Il s'agissait d'ailleurs d'une tumeur beaucoup moins volumineuse. Le pédicule fut traité par la méthode intra-péritonéale. Les suites opératoires furent des plus simples et la malade guérit. 3° Peut-être en raison des phénomènes de résorption purulente qui vinrent compliquer les suites opératoires, est on autorisé à penser que la méthode intra-péritonéale eut été préférable dans notre cas. Du reste, la seule raison qui ait empêché M. Terrillon de l'appliquer fut l'incertitude où il était de l'antisepsie absolue de son tube élastique.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Deux nouveaux antipyrétiques: la Phénacétine et la Pyrodine.

Depuis quelques années, la science est constamment à l'affût de nouveaux antithermiques et de nouveaux analgésiques. Nous avons à en enregistrer deux récents, dont le premier semble bien expérimenté et dont l'autre demande des recherches ultérieures.

La *Phénacétine* a été découverte en février 1887, par Kast et Hinsberg (1) qui en ont étudié les effets. Des mémoires décrits par Robler (2) et Hugo Hope (3) ont été publiés sur ce sujet. M. le professeur Lépine (4), M. Dujardin-Beaumetz (5) ont expérimenté ce médicament. Greenfeld (6), Roe (7), Koller (8) s'accordent à en relater les bons effets. Enfin, un mémoire très complet sur ce sujet a été publié dans le *Bulletin de Thérapeutique*, par MM. Misrachi et Rifat (9).

La Phénacétine ou para-acetphénétidine :

$$C^6H^4 \begin{matrix} OC^2H^5 \\ NH(CO\,CH^3) \end{matrix}$$

est une poudre blanche inodore et insipide, insoluble dans l'eau, le chloroforme, la glycérine, les huiles, la vaseline liquide. Elle se dissout dans l'acide acétique. l'alcool (0,50 pour 15 gr.), dans l'éther, légèrement dans l'acide lactique à 30° (0,20 pour 1 gr.) ce qui explique sa dissolution dans l'estomac et son absorption assez rapide. Le meilleur mode d'administration à l'intérieur, de ce médicament, est en cachets ou en poudre.

Expérimentée chez les animaux, la phénacétine produit un abaissement de la température de 1° en 8 h., avec une dose de 1 gr. par kilogr. d'animal. MM. Miraschi et Rifat ont même une fois employé une dose de 2 gr. par kilogr., sans obtenir d'effets toxiques. Chez un individu sain, apyrétique, avec des doses thérapeutiques (1 à 2 gr.), on obtient peu ou pas d'abaissement de température ; mais chez les fébricitants, son emploi diminue cette dernière dans l'espace d'une demi-heure environ. Elle produit son maximum d'action antithermique au bout d'une heure à une heure et demie, et la durée moyenne de cette action est de quatre heures. Elle ne provoque, dit Roe, ni frissons, ni nausées, ni vomissements, et, d'après Misrachi et Rifat, ni palpitations, ni dyspnée, ni douleurs stomacales, ni cyanose, comme dans l'emploi de l'acétanilide, ni éruptions cutanées, comme dans l'emploi de l'antipyrine. Dans un cas, Koller a vu de l'hypothermie se produire. Enfin, dit M. Dujardin-Beaumetz, la phénacétine n'est pas toxique, et ce n'est qu'après l'administration de doses supérieures à 2 ou 3 gr. par 24 heures, qu'on peut constater des vertiges et une sensation de refroidissement. Elle n'a aucune influence sur le pouls ni sur la respiration, et n'agit en rien sur la suite de la maladie. La phénacétine passe dans les urines, dans lesquelles on retrouve la réaction des oxyphénols : coloration rouge par le perchlorure de fer, et verte par le sulfate de cuivre. Elle semble en outre diminuer la sécrétion de l'urine. Misrachi et Rifat l'ont employée dans 16 cas de fièvre palustre, en deux doses de 40 à 60 centigr., à trois heures d'intervalle ; ils ont obtenu un abaissement de température de 39° ou 40°, à 37°,5 ou 38°,5, accompagnée de soulagement, de disparition de la céphalée, des maux de reins, de la courbature. Dans 5 cas de *pneumonie*, les effets ont été les mêmes ; le point de côté a disparu et la dyspnée s'est amendée. Dans le *rhumatisme*, elle diminue la fièvre, apaise les douleurs et n'irrite pas l'estomac. Mais c'est surtout dans les *névralgies*, les douleurs vagues *hystériformes*, les *névroses d'origine gastrique*, que la phénacétine produit d'excellents effets. La migraine semble être moins bien soulagée par ce médicament, que par l'antipyrine. Misrachi et Rifat l'ont essayée avec succès pour diminuer la quantité de l'urine dans la polyurie nerveuse. D'après Volkoff (1) elle n'a aucune influence sur le diabète.

Comme nous l'avons vu, il est préférable de donner la phénacétine en poudre, soit dans des cachets, ou mélangée à des aliments ou des liquides pour les enfants, qui la prennent facilement en raison de son insipidité. Il semble utile de la donner en plusieurs fois dans les 24 heures, soit toutes les 3 ou 4 heures, afin de continuer son action antithermique. Dans ce cas, il vaut mieux la donner à petites doses de 30 centigr., répétées, afin d'obtenir une température constante, voisine de 38°. Si, par contre, on désire obtenir un effet analgésique, on devra employer une seule dose plus forte ; en moyenne 0 gr. 50 à un gramme. Il est bon de ne pas

(1) *Centralblatt für die Medic. Wissensch.*, 1887-, 9.
(2) *Wiener Med Wochensch.*, 1887-26.
(3) *Uber die Wirkung des Phenacetin.* Inaugural dissertation. Berlin. 1888.
(4) *Semaine médicale*, 1888, p. 503.
(5) *Soc. de Thérap.* 10 octobre 1888.
(6) *Practitioner*, mai 1888, p. 344.
(7) *Brit. med. journ.*, 26 mai 1888.
(8) *Brit. med. journ.*, 26 mai 1888.
(9) *Bulletin de Thérap.*, p. 1888, tome I, p. 181.

(1) Thèse de St-Pétersbourg, 1888 ; in *Vratsch.* n° 27, 1888.

dépasser une dose de 2 grammes à la fois. Chez des enfants de 3 à 6 ans, on peut donner 10 à 25 centigr.

L'action donnée par 1 gramme de phénacétine est comparable à celle obtenue avec 2 grammes d'antipyrine et 0 gr. 50 d'acétanilide.

La *Pyrodine* a été essayée sur des individus sains et d'autres atteints de différentes affections, par le Dr Dreschfeld. Son action physiologique a été étudiée par le Dr R. Wild, au laboratoire d'Owens-Collège. Enfin, ces études ont été relatées dans une revue du journal « *Lancet* » (1). Elle semble avoir une action plus grande que l'antipyrine et l'antifébrine. C'est un dérivé du coaltar, un acétyl-phényl-hydrazine :

$$C^6 H^5 N^2 H^2 (C^2 H^3 O).$$

Elle se présente sous l'aspect d'une poudre cristalline, peu soluble dans l'eau, insipide. Chez des individus sains, une dose quotidienne de 0 gr. 75, répétée plusieurs jours, ne produit pas d'accidents. La même dose, de 50 à 75 centigrammes, abaisse la température dans l'espace de 2 à 4 heures, dans des cas de pneumonie, de scarlatine, de typhus, de fièvre typhoïde ; mais parfois il se produit des effets toxiques surtout dans la fièvre typhoïde et le rhumatisme. Ces effets toxiques sont ceux observés dans l'empoisonnement par l'aniline, et sont dûs à l'action de la pyrodine sur le sang, produisant de l'hémoglobinémie ou une destruction des globules sanguins. La peau jaunit et on peut retrouver l'aniline dans les urines. On ne doit pas administrer la pyrodine à une dose supérieure à 0 gr. 75 en 18 ou 24 heures, et on ne peut en continuer l'usage pendant plusieurs jours, à moins de s'exposer à avoir des accidents. D'après M. le professeur Lépine (2) qui rejette le nom de pyrodine, à cause de sa ressemblance avec celui de la pyridine, le *Phénacéthydrazine* (nom qu'il propose) ne saurait être d'un grand emploi en médecine, à cause de ses effets funestes sur les globules sanguins. A. Raoult.

La médecine expérimentale en France.

Les *Archives de Physiologie normale et pathologique*, fondées, il y a vingt ans, par MM. Brown-Séquard, Charcot et Vulpian, paraîtront le 1er janvier, mais cette fois sous la seule direction de M. Brown-Séquard, avec la collaboration de MM. Dastre et François-Franck, comme sous-directeurs. M. Charcot fonde, de son côté, les *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, avec le concours de MM. Grancher, Lépine, Straus et Joffroy.

Les Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique, qui vont être publiées dans quelques jours, seront à la fois un organe nouveau et la continuation des Archives de physiologie normale et pathologique. Le titre seul de la nouvelle publication en affirme le caractère : l'union intime de la physiologie et de la pathologie. Si jadis la physiologie expérimentale des Magendie, des Claude Bernard régnait en maitresse, aujourd'hui il ne nous suffit plus de connaitre le mécanisme des processus morbides que nous ont fait découvrir les recherches antérieures. Nous voulons étudier les causes. La microbiologie, science nouvelle, est celle qui nous permet, dans beaucoup de cas, de remonter à une notion causale. Elle devra donc tenir une place importante dans ces Archives, à côté des travaux de Chimie biologique et de Thérapeutique expérimentale. Voici d'ailleurs l'énumération des articles originaux que contiendra le 1er numéro de cette importante publication :

1° Straus et Dubarry : Recherches sur la durée de la vie des microbes pathogènes dans l'eau ; — 2° Grancher et Deschamps : Recherches sur le bacille typhique dans le sol ; — 3° R. Lépine : Action de quelques antipyrétiques sur la consommation de substances hydrocarbonées ; — 4° Joffroy et Achard : Contribution à l'anatomie pathologique de la paralysie spéciale aiguë de l'enfance ; — 5° H. Martin : Note sur la culture du bacille de la tuberculose ; — 6° Laenngrace : Influence des lésions corticales sur la vue ; — 7° Darier : Contribution à l'étude de l'épithélioma des glandes sudoripares ; — 8° Troisier et P. Ménétrier : Histologie des vergetures. — Ajoutons-y une *Revue critique* de M. Straus sur la *Génération spontanée*, puis des analyses de mémoires parus dans l'année, etc. M. B.

La Physiologie française.

Nous venons de recevoir le premier numéro de 1889 des *Archives de Physiologie* ; nous ne saurions mieux faire que d'en indiquer le contenu à nos lecteurs lesquels s'assureront ainsi de la vitalité de l'Ecole française :

1° Brown-Séquard : Champ d'action de l'inhibition; — 2° Wertheimer et Meyer : Les variations respiratoires du rythme du cœur et de la forme du pouls ; — 3° Beaunis : Recherches physiologiques sur la contraction simultanée des muscles antagonistes; — 4° François-Franck : Nouvelles recherches sur un cas d'ectopie cardiaque ; — 5° Marey : Lois de la morphogénie chez les animaux ; — 6° Letulle et Vaquez : Empoisonnement par l'acide chlorhydrique ; — 7° Arloing : Sur les rapports de la pression à la vitesse du sang dans les artères pour servir à l'étude des phénomènes vaso-moteurs ; — 8° Chauveau : De l'énervation partielle des muscles ; — 9° Leroy : Influence des muscles de l'œil sur la forme normale de la cornée humaine ; — 10° Gley : Innervation de la glande sous-maxillaire ; — 11° Ollier : De la greffe osseuse chez l homme ; — 12° Langlois et Richet : Influence de la température interne sur les convulsions; — 13° Morat : Recherches sur les nerfs vaso-moteurs de la tête ; — 14° Hénocque : De la quantité d'oxyhémoglobine et de l'activité de la réduction de cette substance chez les diabétiques ; — 15° Brown-Séquard : Recherches sur les entrecroisements de conducteurs servant aux mouvements volontaires; — 16° D'Arsonval : Excitation électrique et réaction névro-musculaire;—Dastre et P. Loye : Recherches sur l'injection de l'eau salée dans les vaisseaux ; — 18° Ch. Bouchard : Action des injections intra-veineuses d'urine sur la calorification.

Ce numéro contient, en outre, un recueil de faits sur le sommeil, des notes d'histoire et de critique et un bulletin bibliographique. De plus il renferme des analyses des périodiques parus en 1888 : le lecteur trouve de cette façon le compte-rendu des principaux journaux anglais, allemands, italiens, belges et français.

Il s'agit, en somme, de la création d'Archives dans lesquelles aura sa place tout ce qui intéresse l'expérimentation appliquée aux êtres vivants : il s'agit surtout d'une véritable mise au point. Aussi souhaitons-nous grand succès à la nouvelle publication et remercions-nous M. Brown-Séquard d'avoir donné à la physiologie française la possibilité de faire vraiment bonne figure devant l'étranger. P. L.

(1) *Lancet*, 8 décembre 1888.
(2) *Semaine médicale*, 27 décembre 1888.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 17 décembre 1888. — Présidence de M. Janssen.

MM. Verneuil et Clado signalent la *présence de microbes dans les kystes dermoïdes congénitaux de la face*. Les kystes dans lesquels ces microbes ont été rencontrés, bien qu'indolents comme d'habitude, étaient en voie de progrès manifeste quand les malades sont arrivés à l'hôpital. Il serait donc possible que l'invasion microbienne ait été pour quelque chose dans cet accroissement dont les causes sont actuellement peu connues. Ces kystes dermoïdes de la face, entièrement développés et clos pendant la vie intra-utérine et dont la cavité n'a jamais été en communication directe avec le monde extérieur, n'ont pu recevoir les microbes qui les habitent que par l'intermédiaire du système vasculaire lequel les aurait donc renfermés au préalable. La présence des microbes dans les kystes dermoïdes, ne se révélant par aucun signe objectif ou subjectif, fournit ainsi un nouvel exemple de ce que M. Verneuil a décrit sous le nom de microbisme latent.

M. Ranvier continue ses *recherches sur les muscles de la vie animale à contraction brusque, d'une part, et à contraction lente, d'autre part*. Chez le lapin, ces deux espèces de muscles diffèrent par la couleur, la structure et les fonctions : les muscles blancs ont une contraction énergique et brusque: les muscles rouges ont une contraction lente et jouent le rôle d'équilibrateurs. Chez le lièvre, tous les muscles de la vie animale sont rouges : mais ceux des muscles de cet animal qui sont blancs chez le lapin (grand adducteur par exemple) ont la structure des muscles blancs, ceux qui sont rouges chez le lapin ont la constitution histologique des muscles rouges. Or, M. Ranvier vient de constater, chez un levraut auquel il avait sectionné le bulbe et pratiqué la respiration artificielle, que le grand adducteur et les jumeaux (qui sont blancs chez le lapin) se contractent brusquement, que le demi-tendineux et le soléaire (qui sont rouges chez le lapin) se contractent d'une manière lente et progressive; les premiers se relâchent brusquement : les seconds, après la cessation de l'excitation, se décontractent lentement. L'électrisation du sciatique amène la contraction simultanée de ces différents muscles lesquels se raccourcissent chacun suivant son mode spécial.

M. A. Binet communique les résultats de ses *recherches sur l'anesthésie hystérique*. L'excitation d'une région anesthésique, quoique n'étant pas perçue par le sujet sous la forme d'une sensation tactile ou musculaire, détermine l'image visuelle de la région excitée : cette image visuelle peut être recueillie sur un écran qu'on prie le sujet de regarder fixement : elle dure aussi longtemps que l'excitation qui la produit. La piqûre de la région anesthésique détermine sur l'écran l'apparition d'un point sombre ou éclairé ; une ligne, un dessin quelconque tracés avec une pointe de compas sur la peau insensible produisent sur l'écran le même dessin en lignes de couleur. Les images visuelles provoquées ne sont jamais mises par le sujet en rapport avec l'excitation de son membre anesthésique : le sujet ne se doute pas des expériences qu'on pratique sur sa sensibilité et il ne cesse pas de croire à son anesthésie.

M. le prince Albert de Monaco indique des *moyens d'alimentation pour les naufragés en pleine mer*. Les pêches pélagiques permettent de recueillir des poissons et des crustacés très nutritifs. Il suffirait donc, pour éviter la mort par inanition, d'avoir à bord quelques filets, quelques lignes, une petite foëne et un harpon.

MM. Paul Girod et Emil Massenat décrivent *une sculpture en bois de renne, de l'époque Magdalénienne, représentant deux phallus réunis par la base*.

M. Schutzenberger est élu membre de la section de chimie en remplacement de M. Debray. Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 22 décembre 1888. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M. Gréhant a fait des expériences desquelles il résulte que la *pression subie par les parois de la cavité cranienne* préalablement remplie de haricots et plongée dans l'eau s'élève à 4 atmosphères.

MM. Wertheimer et E. Meyer envoient une note sur les *effets psychologiques et toxiques de l'aniline et des toluidines*. L'altération du sang résultant de l'absorption de ces substances produirait l'ictère et l'hémoglobine.

M. Gley dépose une note de M. R. Dubois sur le *mécanisme respiratoire de la Marmotte* pendant le sommeil hibernal et pendant le sommeil anesthésique.

M. Déjerine prononce l'éloge de Vulpian. *Elections* : — Le Bureau de la Société pour 1889 est composé ainsi qu'il suit : M. Brown-Séquard nommé préalablement *président* pour cinq ans ; *vice présidents* : MM. Duclaux et Marey ; *secrétaire général* : M. Dumontpallier : *secrétaires annuels* : M. Charrin, Retterer, Balzer, Capitan ; *archiviste* : M. E. Hardy ; *trésorier* : M. Beauregard ; *membres du conseil* : MM. Bouchard, Bouchereau, Chauveau, Dupuy, d'Arsonval, Hénocque. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 26 décembre 1888. — Présidence de M. Hérard.

M. Duboué (de Pau) lit un travail relatif aux indications à suivre dans le *traitement prophylactif et curatif du choléra*. Les expériences, qui ont conduit MM. Gamaleia et Ferran à la découverte d'un vaccin anti-cholérique, ne peuvent aboutir à un semblable résultat. La raison de cette impossibilité provient de ce que les auteurs, en injectant des matières cholériques sous la peau, n'ont pu donner le choléra aux animaux, le vrai choléra ne pouvant se contracter que par les voies respiratoires. Le bacille de Koch exige, pour se développer, un milieu alcalin et oxygéné, une température de 37° à 38°, conditions qui sont remplies par le sang rouge. Ce bacille subit un arrêt de développement à la température de 40° qui est celle du sang veineux. Le syndrôme cholérique se manifeste après l'absorption du bacille par les voies respiratoires et la pénétration dans le sang artériel, plutôt qu'après la pénétration de l'agent pathogène dans le système veineux, après avoir passé par les voies digestives. Tous les agents capables d'empêcher la dissociation des cellules épithéliales (nitrate d'argent, sulfate de cuivre, tannin) peuvent porter un rôle utile dans le traitement prophylactique du choléra. une fois la circulation interrompue, sur le déclin de la période algide, par suite de la vacuité complète des vaisseaux à sang rouge et de l'immobilité du sang dans les canaux à sang noir, il n'y a qu'une indication urgente à remplir dans le choléra, elle consiste à rétablir au plus tôt la circulation. Ce résultat peut être obtenu par l'injection intraveineuse, ou par la trachéocentèse, ou par la submersion dans de l'eau à la température du corps et durant deux à trois minutes.

M. Mathias-Duval lit un rapport relatif au travail de M. Lejars sur l'*injection des veines par les artères*.

L'Académie se constitue en *comité secret*, à l'effet d'entendre le *rapport* de son trésorier. A. Josias.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 décembre 1888. — Présidence de M. Polaillon.

M. Jalaguier lit l'observation suivante : *Kyste synovial à grains riziformes du poignet et de la paume de la main.* — Ce kyste était bilobé et constitué par deux parties : une interne, contenant de véritables fongosités, une externe (gaine du pouce) renfermant des grains riziformes typiques. Grattage à la curette, cautérisation au chlorure de zinc au 1/12.

Opération simple ; guérison. Aujourd'hui, 21 mois après l'intervention, les doigts se fléchissent avec facilité. La recherche des bacilles fut faite dans ces grains ; on n'en trouva pas. L'inoculation chez un cobaye, 5 heures après l'extirpation des grains, détermina une tuberculose aiguë (dans les 2 poumons, les divers ganglions lymphatiques, surtout ceux des aisselles, etc., etc.). Ce fait prouve une fois de plus l'importance de l'inoculation.

Suite de la discussion sur le traitement des Salpingites. M. TERRILLON rappelle ses travaux antérieurs sur ce sujet et ceux auxquels il a contribué avec M. le Pr Cornil. Il a pratiqué 32 opérations pour des salpingites variées. Il se bornera aujourd'hui à dire sa manière de voir sur les points principaux de la question en discussion. Il fera connaître : 1° sa statistique personnelle ; 2° son opinion sur la pathogénie et la marche de cette affection ; 3° sa façon d'agir et le manuel opératoire employé par lui.

1. *Statistique personnelle.* — Les 32 cas de salpingites opérées peuvent être rangés en 4 groupes au point de vue des lésions anatomiques constatées. Chaque groupe a sa physionomie propre et les résultats, obtenus après l'intervention, varient suivant qu'il s'agit de l'un ou de l'autre. Il a eu à opérer 5 hémato-salpingites, 19 pyosalpingites, 6 salpingites catarrhales, 2 kystosalpingites ; enfin 3 cas de salpingites compliquées d'accidents aigus (pelvipéritonite). — *a). Hémosalpingites* : Dans 3 cas, il a enlevé les 2 ovaires et les 2 trompes. Chez une de ces malades, les règles ont réapparu malgré l'ablation totale des 2 ovaires. L'utérus était fort volumineux. Dans la 4e hémosalpingite, il s'agissait d'une jeune fille de 18 ans souffrant depuis l'âge de 14 ans. La trompe ne put être enlevée, mais seulement ouverte. On retira 300 gr. de sang sirupeux et 300 gr. de fibrine noire. La cavité incisée se rétrécit, mais il persista un trajet fistuleux. A l'époque des règles, qui suivit l'opération, perte de sang abondante par la fistule. La fistule n'a guéri que tardivement, grâce à des cautérisations répétées, dont une profonde au galvanocautère. Dans ce cas, il aurait dû enlever la trompe et ne pas se contenter de l'inciser. La persistance de la fistule paraît due à ce que ses parois étaient formées par la muqueuse de la trompe elle-même. 5e Cas : Règles se faisant dans la trompe depuis 2 ans ; 12 ponctions dans l'espace de 4 ans. A chaque époque la poche se remplissait de sang. Ablation totale des annexes. — *b. Pyosalpingites* : 19 cas qu'on peut ranger en deux groupes : 1° ceux où les annexes ont été enlevés en totalité des deux côtés (14 cas) ; 2° ceux où il a fallu simplement drainer, les adhérences étant trop considérables. Sur ces 14 salpingites, on en a noté 5 blennorrhagiques ; les autres étaient consécutives à des fausses-couches ou à des suites de couches : 1 mort (40 ans, poche ouverte dans le rectum, décès au 8e jour de péritonite) ; il aurait dû, dans ce cas, faire le drainage seulement sans enlever la poche. Dans 5 cas, il n'a fait que le drainage ; chez une de ces malades, il crut avoir affaire à un phlegmon du ligament large (tumeur fluctuante appliquée contre la paroi abdominale, plastron, etc.). Il ne trouva qu'une pyosalpingite et 900 gr. de pus. — *c. Salpingites catarrhales.* Dans ces cas, les lésions sont constituées par de l'hypertrophie des trompes qui sont très adhérentes ; pas de liquide ou peu ; hypertrophie de la tunique sans enlever. Dans ces 6 opérations, il a enlevé les ovaires et les trompes des 2 côtés ; dans une autre, il a laissé en place les annexes d'un côté, après avoir déchiré des adhérences [illegible] car il s'agissait d'une jeune femme de 28 ans, désirant avoir des enfants. — *d. Hydrosalpingites.* Dans ces 2 observations, les trompes étaient oblitérées, remplies d'un liquide citrin, du volume du doigt, bouclées en saucisse ; les douleurs étaient très violentes. Il s'agit, pour M. Terrillon, d'un processus clinique ancien, d'une transformation d'un liquide puriforme. — *e. Salpingites avec pelvipéritonite.* Jusqu'ici il a parlé d'opérations, faites dans une période de calme. Rarement on est intervenu pendant des accidents aigus, dans le cours d'une péripéritonite compliquant la salpingite. Cependant cette manière de faire, employée déjà à l'étranger, est rationnelle : l'inflammation peut ainsi être arrêtée, et on enlève la cause de tout le mal. 1er cas : jeune fille de 30 ans : salpingite double. Brusquement poussée de péritonite localisée (ventre ballonné, dur, pouls filiforme, faciès altéré). Amélioration. Deux mois après, pendant une acalmie, laparotomie. On trouva les traces de la pelvipéritonite et des adhérences très étendues et enleva les trompes et les ovaires des 2 côtés. Guérison. Persistance des règles. — 2e cas : double salpingite avec péritonite généralisée (fausses-couches à 27 ans, et 4 attaques ultérieures de pelvipéritonite grave), datant de 8 jours (pouls filiforme, etc.). Laparotomie : épiploon adhérent, liquide trouble dans le péritoine, fausses membranes autour des intestins. — Extirpation des annexes à gauche, lavages à l'eau bouillie ; opération d'une heure 1/4. La malade serait certainement morte de péritonite aiguë. — 3e cas : Cas analogue. Opération dans de très mauvaises conditions ; mort quelques heures après par asphyxie chloroformique. M. Terrillon pense que dans dans ces cas l'intervention est rationnelle, et que la péritonite aiguë secondaire qui a tendance à s'accentuer doit être traitée comme un phlegmon.

2. *Pathogénie.* — Il admet sans aucune réserve la théorie qui est basée sur la propagation des lésions par les muqueuses. L'ovaire ne participe que secondairement, par voisinage, à la maladie ; souvent il n'y a que sa surface qui est atteinte. C'est cette théorie qui a conduit Lawson Tait à préconiser l'ovario-salpingectomie. La théorie de la propagation des lésions par les lymphatiques doit être abandonnée. Elle ne répond pas aux faits, les lésions existant toujours (au microscope au moins) dans toute l'étendue des trompes. La théorie lymphatique est dangereuse, car elle conduit à admettre l'adénophlegmon, qui n'a peut-être jamais existé. On n'a jamais trouvé, sauf par le vagin, lors du toucher, les ganglions mis en cause. Jamais un laparotomiste, le ventre ouvert, ne les a vus. Cette théorie nous éloigne de la thérapeutique rationnelle des salpingites. Les phlegmons du ligament large doivent être fort rares ; presque toujours il s'agit d'abcès dans la trompe ou de collections purulentes dans des cavités formées par des adhérences et dues à des pelvipéritonites. M. Terrillon ne parle pas des salpingites compliquant les fibrômes utérins.

3° — Au point de vue *intervention,* il considère les idées émises par M. Routier comme excessives. On ne doit pas proposer une intervention radicale à toutes les femmes qui souffrent. Certaines guérissent au bout d'un certain temps (surtout dans les cas de salpingites catarrhales, blennorrhagiques). Il n'opère que quand les phénomènes douloureux remontent à 2 ou 3 ans, que s'il y a des troubles généraux graves, des poussées de pelvipéritonites répétées et violentes ; puis, dans les cas de pyosalpingite. Il faut tenir compte de la position sociale des malades ; les unes doivent être opérées, ne pouvant rester longtemps sans travailler. Il a recueilli 76 cas de salpingites en tout. Il en a opéré 32 seulement, et 16 ont refusé l'opération. Il a déconseillé l'opération dans 28 cas.

D'ailleurs, l'ovario-salpingectomie est une opération grave, malgré le peu de cas de mort notées dans les statistiques de Bouilly, Terrier, Lucas-Championnière, etc. M. Terrillon recommande de pratiquer, après la ligature de la trompe près de la corne utérine, la section du pédicule au thermocautère. On détruit ainsi toutes les parties nuisibles restant en deçà de la ligature : il cautérise la surface du moignon salpingien et la lumière de son canal infecté. Par crainte d'hémorrhagie, on peut multiplier les ligatures ; 14 fois il a fait le drainage et le lavage du bassin.

Il lui est impossible aujourd'hui de se prononcer sur les résultats éloignés de la salpingo-ovariectomie ; ces observations sont de date trop récente ; mais il est convaincu que dans les cas simples on obtient un résultat immédiat ; mais dans les salpingites purulentes le résultat est moins rapide.

M. TRÉLAT. — *a). Le phlegmon du ligament large* existe, mais il est très rare. Il n'en a observé que 2 cas depuis 5 ans, dus à une affection puerpérale (métrite). Ces foyers purulents, siégeant en avant et à côté du col, qu'on incise au dessus du ligament de Faloppe, constituent pour lui des foyers de paramétrite suppurée, et leur pathogénie est celle indiquée par M. Championnière. La guérison est très rapide après l'incision et le drainage. *b).* Il y a en outre des collections purulentes s'accompagnant de fistules rectales, ombilicales, rarement inguinales, de clapiers, de galeries purulentes profondes. Ces faits constituent des *foyers complexes* qu'il rattache jusqu'à

nouvel ordre à la cellulite pelvienne. Il les croit d'ailleurs reliés aux salpingites accompagnées de la péritonite.

c.) Les *Salpingites,* qui en réalité sont des métro-salpingo-ovaro-péritonites la plupart du temps, forment une classe très vaste, très commune, à propagations variées. Elles sont dues à la propagation de l'inflammation le long des muqueuses. Que la partie interne de la trompe puisse même être saine, cela ne prouve rien. Ne sait-on pas qu'il y a des bronchites qui succèdent à des corryza, sans qu'il y ait eu de trachéites, des néphrites, d'origine ascendante et vésicale, sans uretérites? D'ailleurs, dans les trompes, les constatations anatomo-pathologiques montrent bien quel a été le chemin parcouru par l'élément infectieux. La marche est connue: utérus, trompe, ovaire, etc. On peut observer toutes les transitions entre la metrite simple avec douleurs salpingiennes et la pelvi-péritonite suite de salpingite. Le diagnostic des salpingites est difficile souvent, utile toujours. La chloroformisation est nécessaire, indispensable parfois. La longueur de la maladie, les accès ou poussées de douleur, une douleur locale, vive, répétée, persistante, une tumeur incontestable, ce sont là des signes qui doivent ordinairement indiquer l'opération comme nécessaire; cependant ils ne sont pas suffisants: il faut y ajouter la fièvre, les accidents généraux, des accès fébriles, indiquant qu'il y a des foyers purulents, susceptibles de s'ouvrir plus tard quelque part (intestin, etc. Il faut aussi avoir traité la métrite avant de faire la laparotomie et cela par la dilatation et le curage antiseptique, sans pompage d'aucune sorte. M. Trélat pense qu'on a enlevé des annexes qu'on aurait dû laisser tranquilles, mais il admet dans leurs grandes lignes, les idées défendues par MM. Terrier, Terrillon, etc.

M. JALAGUIER montre un malade opéré par le *procédé de Syme dans une amputation du pied.* Le Pirogoff était contre-indiquée. Bon moignon chez un homme de 30 ans; il marche dessus; il est tourneur et se tient debout toute la journée sur son moignon pour faire mouvoir son tour de l'autre pied sain.

M. RUAULT présente une *pince à polypes laryngiens et une pince à adénômes du larynx.*

ÉLECTIONS: *Constitution du bureau pour* 1889: M. LE DENTU est nommé président pour 1889, par 25 voix sur 27, dont 1 à M. Nicaise. Vice-président: M. NICAISE; 1er secrétaire annuel: M. POZZI; 2e secrétaire: M. MARCHAND par 11 voix sur 21, contre 9 à M. Richelot; archiviste: M. TERRIER; trésorier: M. SCHWARTZ.

Marcel BAUDOUIN.

CORRESPONDANCE

Traitement de la Cirrhose hépatique et sa guérison.

Naples, 11 décembre 1888.

Monsieur et très honoré confrère,

Dans le numéro 48 (1er décembre 1888) de votre excellent journal, le *Progrès médical*, je viens de lire que le Dr Millard a présenté à la *Société médicale des hôpitaux*, dans la séance du 23 novembre dernier, *trois malades d'hépatite alcoolique [illegible] avec ascite guéris* par l'emploi *du régime lacté exclusif* et par un traitement purgatif et une potion diurétique composée avec les baies de genièvre, la scille, l'acétate de potasse, etc., etc.

Je me félicite sincèrement avec mon honorable confrère de ce beau succès curatif dans une maladie jugée toujours comme incurable, mais en même temps je tiens beaucoup à constater que c'est *moi le premier qui ai rappelé il y a neuf ans l'attention des cliniciens sur la curabilité de la Cirrhose hépatique* et j'ai beaucoup regretté que le Dr Millard ait oublié mon nom, sans doute parce qu'il ne connaissait pas mon travail. La curabilité de la Cirrhose hépatique avec ascite, je l'ai *démontrée depuis* 1879 dans un mémoire présenté au *Congrès [illegible] d'Amsterdam* et dont les conclusions ont été reproduites par plusieurs journaux de médecine et entre autres par le *Journal de Thérapeutique* de A. Gubler, 10 octobre 1879.

A cette époque je fis connaître plusieurs cas cliniques de cirrhose hépatique avec ascite considérable, guéris complètement avec le *régime lacté rigoureux et absolu.* Je conclus de mes nombreuses expériences que le régime lacté absolu est une vraie pierre de touche pour s'assurer de la curabilité ou non d'un malade atteint de cirrhose hépatique, précisément parce que il existe un cadre [illegible] complet de cirrhose hépatique qui se trouve en rapport avec une simple période hyperplasique du tissu conjonctif, processus qui peut être enrayé, différent donc de la période sclérotique qui est fatalement mortelle. Dans le premier cas, le régime lacté absolu et rigoureux produit une amélioration immédiate, et au bout de huit ou dix jours de traitement l'on observe déjà une [illegible] dans l'ascite, tandis que dans la cirrhose [illegible] l'ascite reste sans changement. J'ajouterai [illegible] dans la pratique des cas [illegible] prolongé réussit seulement à produire une guérison [illegible], mais suffisante pour prolonger la vie du malade pendant plusieurs années, à la *condition de ne [illegible] quitter ce régime alimentaire.* Dans ces cas il faut admettre que le régime lacté a pu enrayer seulement une partie du processus morbide, c'est-à-dire celle qui était plus jeune, et si l'on veut à la période de prolifération embryonnaire. Il reste dans ces cas un certain degré d'ascite se rapportant à cette partie du tissu hépatique déjà sclérosé, tandis qu'une autre partie de l'organe peut encore fonctionner assez bien en raison de ce régime alimentaire tout spécial. J'ai eu recours aussi à l'emploi de l'iodure de potassium à dose élevée comme un adjuvant du traitement (sans tenir aucun compte de l'existence ou non de la syphilis) et je m'en suis toujours bien trouvé, parce que je crois que les iodures alcalins sont de grands remèdes dans le traitement de tous les processus inflammatoires chroniques du tissu conjonctif à leur première période. Mais je ne crois nullement que dans les cas de cirrhose hépatique que j'ai observés, la guérison soit due principalement à l'usage de l'iodure: d'abord parce que il n'existait pas de syphilis, et ensuite parce que ce remède sans régime lacté ne faisait rien. J'en conclus que c'était bien le régime lacté *le grand remède et que sans lui la guérison est impossible.* Du reste le lait dans ces cas est un vrai remède rationel et un brillant exemple d'hygiène thérapeutique, lorsque l'on songe aux influences que le régime lacté exclusif doit exercer sur les fonctions digestives et sur l'excitation fonctionnelle des annexes de l'appareil digestif.

A peine mon travail fut-il publié dans l'année 1879 que plusieurs cliniciens contrôlèrent les résultats que j'avais obtenus et confirmèrent le nouveau principe que j'avais proclamé le *premier sur la curabilité possible de la cirrhose hépatique dans certains cas.* En conséquence, je remercie de tout mon cœur mon honorable confrère, le Dr Millard, de la nouvelle contribution qu'il vient d'apporter à mon principe, déjà confirmé par mon savant ami et confrère le professeur de Renzi, et je veux bien me flatter que les autres praticiens, qui s'occuperont de cette question, plus tard, voudront bien me rendre justice. J'y tiens d'autant plus que les opposants ne m'ont pas manqué et qu'il est bien à regretter que les éminents cliniciens dans des ouvrages postérieurs à ma publication aient complètement oublié de rappeler mes conclusions sur la curabilité de la cirrhose hépatique et de mentionner le régime lacté absolu comme [illegible] *et comme [illegible] moyen curatif à [illegible], en le considérant une [illegible] pierre de touche* pour savoir à quelle étape se trouve l'évolution anatomique de la maladie.

Veuillez agréer

P. SEMMOLA.

M. le Dr Millard, auquel nous avons communiqué la lettre de M. le Pr Semmola, nous a adressé la réponse ci-dessous:

Paris, 25 décembre 1888.

Mon cher [illegible],

Je vous remercie de m'avoir communiqué la lettre de M. le professeur Semmola. Je [illegible] ses idées, [illegible] partage avec le professeur Jaccoud, sur l'*Hépatite [illegible]*, dénomination bien préférable à tous égards à celle de Cirrhose, mais [illegible], je l'avoue, le travail qu'il a présenté en 1879 au Congrès médical d'Amsterdam sur la curabilité de cette maladie. Je ne suis pas [illegible] mentionner ce travail nulle part, ni dans les récentes communications de mes collègues de la *Société des hôpitaux* [illegible] dans le [illegible] par le Dr Lan-

cereaux, à l'Académie de médecine, le 30 août 1887, ni enfin dans la thèse si complète de M. le Dr Françon, soutenue cette année à Lyon (*Etude sur les Hépatites chroniques alcooliques et leur curabilité*), et que j'ai analysée tout récemment (*Soc. méd. des hôpitaux*, séance du 14 décembre 1888).

J'ai eu tort assurément de ne pas faire personnellement de recherches bibliographiques plus complètes, mais je n'avais pas l'intention de traiter à fond la question de la cirrhose. En présentant mes trois malades, je n'ai eu pour but que de réagir contre l'opinion encore trop répandue que l'Hépatite alcoolique avec ascite est fatalement incurable, et d'apporter de nouveaux cas de guérison par le régime lacté à ceux qui ont été déjà publiés.

Si j'avais été au courant des idées qui ont été exposées et soutenues au Congrès d'Amsterdam par l'éminent professeur napolitain, nul n'aurait été plus heureux que moi de lui rendre la justice qui lui est due, de reconnaître ses droits à la priorité qu'il revendique, et de s'abriter derrière sa haute autorité scientifique si appréciée en France.

Veuillez agréer, je vous prie, mes sentiments dévoués,

A. Millard,

Médecin de l'hôpital Beaujon.

BIBLIOGRAPHIE

Recherches anatomiques sur le plancher de la bouche avec une étude anatomique et pathogénique sur la grenouillette commune ou sublinguale ; par Dr George Suzanne (de Bordeaux). — Masson, Paris, 1887.

La thèse de M. G. Suzanne se compose de deux parties principales. Elle comprend en effet : 1° *Des recherches anatomiques sur le plancher de la bouche* ; et 2° des *Examens microscopiques intéressants se rapportant à des coupes de grenouillette sublinguale*. — I. De ses dissections, l'auteur tire les conclusions suivantes : La muqueuse du plancher de la bouche offre à sa partie profonde et sur la ligne médiane des fibres musculaires striées antéro-postérieures, parallèles au frein, qui sont la terminaison des fibres antérieures du *muscle génioglosse*. Des fibres, venant aussi de ce muscle, s'insèrent à la partie postérieure de la capsule fibreuse d'enveloppe de la glande sublinguale. Il existe un groupe spécial de glandules (*Groupe glandulaire du frein*), qui est situé de chaque côté du frein, immédiatement en arrière de la face postérieure du maxillaire inférieur au dessus des apophyses géni-supérieures. Les *conduits excréteurs* de la glande sublinguale offrent des dispositions fort variables : Il y a d'abord les conduits de Rivinus, s'ouvrant sur la crête de la muqueuse du plancher de la bouche ; puis un gros conduit principal, appelé conduit de Bartholin (1 fois sur 4), dont l'embouchure est fréquemment commune avec celle du canal de Warthon, mais qui parfois est distincte et située à quelque distance de l'ostium ombilical. Parfois (1 fois sur 6) un conduit de Rivinus va s'anastomoser avec le canal de Warthon. La *bourse séreuse* de Fleischmann n'existerait jamais, d'après Suzanne, et d'autres anatomistes qu'il cite (Alezais, etc.). — II. De la discussion de M. Suzanne sur la *pathogénie de la grenouillette* et de ses examens histologiques, il ressort les données ci dessous. La paroi d'une grenouillette sublinguale commune est formée par la muqueuse buccale saine cependant les papilles sont un peu déformées et par une couche fibroélastique renfermant dans son épaisseur de nombreux globules glandulaires sclérosés, à acini atrophiés et en voie de dégénérescence muqueuse, des fibres [illegible], parallèles à la muqueuse dans le sens antéro-postérieur, nombreuses, mais ne [illegible] que sur la [illegible] ; on y trouve en outre une zone embryonnaire peu épaisse et une tunique épithéliale à cellules cylindriques en voie de prolifération et de destruction [illegible] par dégénérescence muqueuse. M. Suzanne conclut de [illegible] de la grenouillette qu'elle se développe aux dépens de la glande sublinguale elle-même et qu'elle résulte [illegible] d'une transformation muqueuse spéciale des éléments glandulaires (acini et travées conjonctives). On ne peut admettre que la rétention de la salive amène une grenouillette. Les récidives sont dues à ce que des globules non détruits sont atteints consécutivement de la même dégénérescence muqueuse. Le meilleur traitement est donc l'extirpation complète, non seulement de la poche kystique mais aussi de toute la glande. C'est là un fait fort intéressant qui est mentionné d'une façon spéciale. On ne doit pas appeler grenouillette les kystes de la glande de Blandin (Nuhn). En somme, l'auteur n'a étudié l'anatomie pathologique microscopique que de la grenouillette sublinguale, variété la plus commune et, à cause des faits observés par lui, propose une *théorie nouvelle* de cette affection. Il montre avec raison qu'on ne peut plus admettre la théorie qui la considère comme la conséquence de la rétention du liquide salivaire, un conduit excréteur de la glande étant oblitéré. Le mécanisme, qui selon M. Suzanne préside au développement de la grenouillette est le suivant : Il y a, sous l'influence d'une cause d'ailleurs inconnue, irritation chronique de la glande qui est envahie par une sclérose intense ; par suite il y a compression, atrophie des éléments qui subissent l'altération muqueuse. Il est alors facile de comprendre, si l'on songe que les choses se passent ainsi, comment se forme la collection liquide.

Cette théorie de M. Suzanne nous paraît fort admissible, mais il faudra des recherches de contrôle avant qu'elle puisse être acceptée sans conteste. En tous cas, il l'a défendue dans sa thèse de la meilleure façon, puisqu'il nous a paru entraîner de suite la conviction du lecteur. Marcel Baudouin.

Les parasites de l'homme, animaux et végétaux ; par R. Moniez. — Paris, J.-B. Baillière et fils, in-8° de 307 pages avec 72 figures, 1889.

La *Bibliothèque scientifique contemporaine* vient de s'enrichir d'un excellent petit volume, dû à la plume de M. R. Moniez, le savant professeur de la Faculté de Lille. Sous une forme attrayante et avec sa grande compétence en matière d'helminthologie, l'auteur nous fait rapidement passer en revue les animaux et les végétaux qui vivent aux dépens de l'espèce humaine. La liste en est longue : aussi l'histoire de chacun d'eux a-t-elle dû être écrite succinctement. L'auteur s'est attaché surtout à donner en quelques lignes les caractères essentiels de chaque parasite, pour en rendre la détermination facile ; puis il indique sa provenance et ses migrations, les accidents qu'il détermine et sa distribution géographique.

L'ouvrage débute par un important chapitre de généralités, dans lequel se trouve exposée, à un point de vue tout moderne l'importante question de l'origine des parasites, de leurs migrations, des modifications que la vie parasitaire leur fait subir, et finalement de la façon dont les parasites eux-mêmes réagissent sur leur hôte. Ce chapitre remarquable présente sous un jour nouveau et résout d'une façon heureuse les difficiles problèmes que nous venons d'énoncer.

Ce petit livre renferme le programme exact d'un cours de parasitologie ; à ce titre, il constitue une excellente introduction aux études médicales, notamment à la zoologie médicale. C'est le résumé fidèle, mais succinct, du cours que M. Moniez professe à la Faculté de Lille avec tant de succès. Il fait honneur, non seulement à son auteur, mais encore à la Faculté même, qui a la bonne fortune de posséder, comme professeurs des sciences naturelles, deux zoologistes de grande valeur, MM. Moniez et Th. Barrois. R. Bl.

Formulaire clinique et thérapeutique pour les maladies des Enfants ; par M. le Dr [illegible]. — [illegible], Paris, 1888. 2e édition.

Nous avons déjà dit ce qu[illegible] lorsque parut la première édition [illegible] nouvelles. [illegible] l'autre part [illegible] et de la thérapeutique [illegible] [illegible] la meilleure [illegible] compétence [illegible]

VARIA

Faculté de médecine de Paris.

Inscriptions, 2e trimestre de l'année scolaire 1889. — Le registre d'inscriptions sera ouvert le mercredi 9 janvier 1889. — Il sera clos le samedi 26 janvier, à 3 heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures de l'après-midi : 1° Inscriptions de première et deuxième années de doctorat et de première année d'officiat les mercredi 9, jeudi 10, vendredi 11, samedi 12, mercredi 16 et jeudi 17 janvier ; 2° Inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, — deuxième, troisième et quatrième années d'officiat, les vendredi 18, samedi 19, mercredi 23, jeudi 24, vendredi 25 et samedi 26 janvier. MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et heures [illegible]. L'inscription trimestrielle ne sera accordée en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et approuvés par le Conseil de la Faculté. — La 1re inscription ne sera point délivrée aux étudiants qui n'auraient pas subi avec succès la 2e partie de [illegible]. — MM. les étudiants sont tenus de déposer, [illegible], leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au Secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de 2e et 4e années de doctorat et de 2e, 3e et 4e années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du jeudi 17 janvier. — Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux : MM. les étudiants, internes ou externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le [illegible] trimestre 1888-89. — Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. Ces formalités sont de rigueur. Les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui [illegible] de les remplir.

Académie des Sciences.

PRIX DE L'ANNÉE 1888 (Séance publique annuelle du 24 décembre 1888).

Prix Montyon (Statistique) : Deux prix de 500 [illegible] sont décernés : 1° à M. Félix Faure, pour son ouvrage intitulé : *Les Budgets contemporains* ; 2° à M. J. Teissier, professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Lyon, pour sa *Statistique générale des grandes maladies infectieuses à Lyon, pendant la période quinquennale 1881-1885*. — *Prix Jecker* : Le prix est partagé de la manière suivante : [illegible] prix de 5,000 fr. à M. Maquenne, pour ses *recherches sur les sucres [illegible] et les matières sucrées* ; [illegible] de 5,000 fr. à M. [illegible], pour ses travaux sur *Les [illegible] et diverses Applications de la chimie à la [illegible]*. — *Prix Cuvier* : Une médaille de [illegible] de 1,500 fr. à M. [illegible], pour ses *Travaux paléontologiques* [illegible]. — *Prix Desmazières* : Ce prix, de 1,600 fr., est décerné à M. V. Fayod, pour son mémoire intitulé : *[illegible] naturelle des Agaricinées*. — *Prix Montagne* : Le prix, d'une valeur de 1,000 fr., est décerné à M. Gaston Bonnier, professeur à la Faculté des sciences de Paris, pour un mémoire sur *les Lichens*. — *Prix Vaillant* : [illegible] de ne pas décerner le prix. — *Prix* [illegible] a décidé qu'il n'y avait pas lieu de décerner ce prix. — *Prix Thore* : Ce prix, de 200 fr., est décerné à M. le Dr [illegible], professeur à la Faculté des sciences de Grenoble, pour ses travaux [illegible]. — *Prix du Grand Médaille* [illegible] a pas lieu de décerner le prix. — *Prix Montyon* (Médecine et chirurgie) : Trois prix de 2,500 fr. chacun sont décernés : 1° à M. [illegible], professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, pour le *Traitement de la [illegible]* ; 2° à M. le Dr [illegible] ; 3° à M. le Dr H[illegible], pour son *Histoire de l'analyse du sang et de ses [illegible]* [illegible] Dupuy [illegible]. En outre, des mentions honorables sont accordées : 1° à M. le Dr [illegible], pour ses *Contributions à l'[illegible]* ; [illegible] à M. [illegible] Trouard, pour [illegible] ; à M. Bellin [illegible] ; à M. [illegible]. Enfin, l'Académie accorde des citations [illegible] : M. [illegible] ; MM. [illegible] ; MM. [illegible] ; M. Jolly : *Etude sur [illegible]* ; [illegible]

de Bright ; M. Martin (de Bordeaux) : *Etude sur l'astigmatisme et ses rapports avec la migraine* ; M. Vidal (d'Hyères) : *Etude [illegible] sur Hyères et Plans et documents relatifs à la création d'un sanatorium maritime*. — *Prix Bréant* : L'Académie accorde une récompense de 3,000 fr. à M. le Dr Hauser (de Madrid) pour ses *Etudes épidémiologiques sur l'étiologie et la prophylaxie du choléra*. — *Prix Barbier* : Ce prix, d'une valeur de 2,000 fr., est partagé par partie égales entre M. le Dr Ehrmann (de Mulhouse), pour ses études sur la *Restauration de la voûte palatine*, et MM. Raphael Dubois et C.-G. Leroy, pour un *Nouvel Ophtalmomètre*. — *Prix Godard* : Ce prix, de 1.000 fr., est décerné à M. le Dr Hache, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, pour son travail sur *La physiologie et la pathologie de la vessie urinaire*. — *Prix Lallemand* : L'Académie partage ce prix (1,800 fr.) par moitié entre M. François Franck, auteur des *Leçons sur les fonctions motrices du cerveau et sur l'épilepsie cérébrale*, et M. Blocq, pour son ouvrage sur *Les contractures*. — Une mention honorable est accordée à M. E.-L. Bouvier, pour son travail sur *Le système nerveux, la morphologie et la classification des Gastéropodes prosobranches*. — *Prix Montyon* (Physiologie.) Ce prix, d'une valeur de 750 fr., est partagé par moitié entre M. le Dr Augustus Waller, auteur d'un travail sur la *Détermination électro-motrice du cœur de l'homme*, et M. L. Frédéricq, professeur à l'Université de Liège, pour son mémoire sur *Les pulsations du cœur et les tracés cardiographiques*. En outre, des mentions honorables sont accordées : 1° A M. Beauregard, pour un travail sur *La production du principe vésicant chez les cantharides* ; à M. Blake, pour ses travaux relatifs à *La constitution chimique et les réactions biologiques des substances inorganiques* ; et à M. Mangin, auteur d'un mémoire intitulé : *Recherches sur la pénétration ou la sortie des gaz dans les plantes*. Enfin, l'Académie accorde une citation honorable à M. Peyron, pour ses deux mémoires : 1° *Sur l'atmosphère interne des feuilles* ; 2° *Sur l'empoisonnement par l'hydrogène sulfuré*. — *Prix Montyon* (Arts insalubres). L'Académie déclare qu'il n'y a pas lieu de décerner ce prix. Elle accorde deux encouragements de 1,500 fr. chacun à M. le Dr Paquelin, pour : 1° *Un nouvel éolipyle* ; 2° à M. Fumat, pour sa *Lampe de sûreté*.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1889. — *Prix Lacaze* : 5,000 fr. Travaux sur la physique. — *Prix Montyon* : 500 fr. Statistique de la France. — *Prix Jecker* : 10,000 fr. Chimie organique. — *Prix Lacaze* : 5,000 fr. Travaux sur la chimie. — *Prix Barbier* : 2,000 fr. Découvertes dans les sciences chirurgicales, médicales, pharmaceutiques et dans la botanique, ayant rapport à l'art de guérir. — *Prix Desmazières* : 1,600 fr. Ouvrage le plus utile sur la cryptogamie. — *Prix Montagne* : 1,000 fr. Anatomie, physiologie, développement ou description des Cryptogames inférieurs. — *Prix de la Fons Mélicocq* : 900 fr. Botanique du Nord de la France. — *Prix Thore* : 200 fr. Travaux sur les Cryptogames cellulaires d'Europe. — *Grand prix des Sciences physiques* : 3,000 fr. Etude complète de l'embryologie et de l'évolution d'un animal, au choix des candidats. — *Prix Bordin* : 3,000 fr. Etude comparative de l'appareil auditif chez les animaux vertébrés à sang chaud, mammifères et oiseaux. — *Prix Savigny* : 975 fr. A décerner à de jeunes zoologistes voyageurs. — *Prix Montyon* : 7,500 fr. Découvertes relatives à l'art de guérir. — *Prix Bréant* : 5,000 fr. Le choléra asiatique. — *Prix Godard* : 1,000 fr. Anatomie, physiologie et pathologie des organes génitaux. — *Prix Bellion* : 1,400 fr. Découvertes profitables à la santé de l'homme ou à l'amélioration de l'espèce humaine. — *Prix Mège* : 10,000 fr. Essai sur les causes qui ont retardé ou favorisé les progrès de la médecine depuis la plus haute antiquité jusqu'à nos jours. — *Prix Lallemand* : 1,800 fr. Travaux sur le système nerveux. — *Prix Montyon* : 750 fr. Physiologie expérimentale. — *Prix Lacaze* : 5,000 fr. Travaux sur la physiologie. — *Prix Pourat*, 1,800 fr. Recherches expérimentales sur la contraction musculaire. — *Prix Martin-Damourette* : 1,400 fr. Physiologie thérapeutique. — *Prix Montyon* : 2,500 fr. ou un ou plusieurs prix. Arts insalubres. — *Prix Petit Dormoy* : 10,000 fr. Sciences naturelles.

Laïcisation de l'hôpital Cochin.

La [illegible] chambre du Tribunal civil de la Seine vient de rendre mercredi dernier, 26 décembre, son jugement relatif à la [illegible] des héritiers et représentants de l'abbé Cochin contre la laïcisation de cet hôpital. C'est la 5e audience du tribunal consacrée au procès.

Les héritiers Cochin ont été déboutés de leur demande. Nous publierons dans le prochain numéro le texte du jugement de la [illegible] chambre.

Société médicale des hôpitaux de Paris.

Par décret en date du 12 décembre 1888, la Société médicale des hôpitaux de Paris, fondée en 1849, est reconnue comme établis-

sement d'utilité publique. — Sont approuvés les statuts de la Société, tels qu'ils sont annexés au présent décret.

Asiles d'Aliénés de France.

Concours pour les places de médecins-adjoints. (Région de la Faculté de médecine de Lille. — *Jury :* MM. Le Dr Napias, inspecteur général des établissements de bienfaisance ; — Le Dr Cortyl, médecin en chef de l'asile de Bailleul ; — Le Dr Martinencq, médecin en chef de l'asile de Clermont ; — Le Dr Viret, médecin en chef de l'asile de Prémontré ; — Le Dr Castiaux, professeur de médecine légale à la Faculté de Lille. — *Epreuves :* 1° Epreuve écrite : Cervelet (Anatomie et Physiologie) ; les questions restées dans l'urne étaient : Bulbe, Circonvolutions, Plexus cervical. — 2e Ep. Orale : Erysipèle et ses complications ; les questions restées dans l'urne étaient : Etiologie et prophylaxie de la fièvre thyphoïde ; Panaris. — 3e Ep. Clinique : Deux malades aliénés. Le concours s'est terminé par la nomination de M. le Dr JOURNIAC, interne des asiles d'aliénés de la Seine. Il a obtenu les points suivants : Epreuve sur titres, 8 sur 10 ; Ep. écrite, 25 sur 30 ; Ep. orale, 14 sur 20 ; Ep. clinique, 26 sur 30.

Région de la Faculté de médecine de Paris. — Le concours s'est ouvert le 26 décembre à la Préfecture de la Seine. — *Jury :* MM. le Dr A. Regnard, inspecteur général des établissements de bienfaisance de l'Etat, président ; Le Dr Ball, délégué de la Faculté de médecine de Paris ; Le D Magnan, médecin de l'asile Sainte-Anne ; Le Dr Faucher, directeur-médecin de l'asile de Limoges ; Le Dr Delaporte, directeur-médecin de l'asile de Quatremares ; M. le Dr Mordret, secrétaire. *Candidats :* MM. les Drs Arnaud, Dupain, Sérieux, internes des asiles de la Seine, et le Dr Combemale. *Question écrite : Nerf facial* (anatomie et physiologie).

En raison du délai très court (un mois) laissé aux candidats entre l'annonce et l'ouverture du concours, on ne peut que se féliciter des résultats acquis dès maintenant pour Lille et Paris.

Revision de la loi de 1838 sur les Aliénés.

Dans la séance du 27 décembre la Commission a nommé M. Bourneville rapporteur. — La Commission a tenu jusqu'à présent vingt séances.

Maladies à noms propres.

Voici quelques renseignements complémentaires se rapportant à des maladies portant le nom de l'auteur qui les a découvertes. Nous les empruntons à la *Revue médicale de l'Est*, p. 695, n° du 15 nov. 1888. (Voir *Progrès Médical*, p. 244.)

AFANASSIEFF (*bacille*). — Coqueluche.
BIERMER (*maladie de*). — Anémie pernicieuse.
BOUCHARD (*nodosités, 2e phalange de*). — Signe de dilatation stomacale.
CANTANI (*maladie de*). — Foie mobile.
CHARRIN (*bacille de*). — Diarrhée verte et matière verte florescente.
CUIGNET (*méthode de*). — Rétinoskianopie ou observation des ombres rétiniennes pour déterminer le degré d'amétropie.
EBERTH (*bacille d'*). — Fièvre typhoïde.
FEHLEISEN (*streptocoque*). — Erysipèle.
FOA UFREDUZI (*méningocoque*). — Méningite cérébro-spinale pseudo-tuberculeuse.
FRAENDEL (*diplocoque*). — Pneumonie.
FRIEDLANDER (*microcoque*). — Pneumonie.
FRISCH (*bacille de*). — Rhinosclérome.
GERLIER (*maladie de*). — Vertige paralysant des étables.
GESSARD (*bacille*). — Suppuration bleue avec pyocyanine.
HANSEN (*bacille de*). — Lèpre.
HAUSER, FOA, BONHOMME (*Protœus vulgaris*). — Maladie putride et hémorrhagique des chiffonniers.
HEBERDEN (*nodosités d'*). — Frottement.
HUNTINGTON (*maladie de*). — Chorée héréditaire.
KOCH (*bacille de*) — Tuberculose.
LEYDEN (*maladie de*). — Atrophie musculaire progressive, forme héréditaire.
LUSTGARTEN (*bacille*). — Syphilis.
MARSHALL HALL (*maladie de*). — Maladie hydrencéphaloïde ; accidents méningitiques terminaux.
NEISSER (*gonocoque*). — Blennorrhagie uréthrale.
PALTHAUF et RICHL (*maladie de*). — Tuberculose verruqueuse de la peau.
PLACIDO (*disque de*). — Figuration particulière sur la cornée.
SCHEURLEN (*bacille de*). — Cancer.
SHAKESPEARE et ROSENBACH (*bacille de*). — Tétanos.
SKODA (*bruit de*). — Bruit qui, dans les pleurésies, disparaît quand l'épanchement remplit toute la cavité.
STORKES (*bande de*). — Raie spectrale entre D et E, indiquant la présence de l'hémoglobine.
TESSIER et OZANAM (*maladie de*). — Ictère grave.
WEIR MITCHELL et LANNOIS (*maladie de*). — Erythromélalgie, rougeur douloureuse de la plante des pieds.

Hygiène et chauffage des voitures publiques à Paris.

M. Armand Gautier dans un rapport adressé en 1882 au Conseil d'hygiène, avait démontré les dangers du chauffage au charbon de Paris, des voitures publiques. Outre deux cas de morts constatés cette même année, le nombre des accidents occasionnés par l'oxyde de carbone, a été relativement élevé, et n'a cessé d'augmenter tous les ans. Nous trouvons pour l'hiver 1888, deux morts et quelques accidents. Parmi les victimes, se trouve le cocher Jean Hiver, nom prédestiné, mort le 17 janvier 1888 dans sa voiture en station dans la cour de la gare St-Lazare.

Nous extrayons d'un nouveau rapport de M. A. Gautier, adressé au préfet de police, le 13 octobre 1885, les passages suivants :

« Lorsque par les basses températures de l'hiver, le voyageur, pour se défendre du froid ferme les portières d'une voiture où brûle une de ces chaufferettes (à charbon de Paris), il se met inscienmment dans des conditions d'intoxication très dangereuses. On sait en effet que l'oxyde de carbone est un déglobulisant des plus énergiques et qu'il s'oppose à l'hématose, non seulement durant l'intoxication, mais longtemps après. Si ce n'est pas un voyageur, mais une famille de deux ou trois personnes qui s'introduit dans cette voiture, le danger devient plus grand encore, vu la densité plus grande de l'oxyde de carbone.... »

M. Gautier expose ensuite quelques cas d'intoxication de voyageurs parmi lesquels il cite celui d'un des membres les plus distingués de l'Académie de médecine.

Quel est le remède à apporter ? M. le Préfet de police ne pouvait prendre un arrêté interdisant le chauffage des voitures publiques par les briquettes de charbon de Paris. Il se borna à notifier au président de la chambre syndicale des loueurs et aux différentes compagnies d'éviter ce mode de chauffage, qui, en cas d'accident, les exposeraient à des poursuites pour homicide ou blessures par imprudence. Il est évident que le chauffage des voitures doit être transformé ; le système des bouillottes très sain est insuffisant, vu qu'elles ne peuvent se tenir chaudes constamment ; le système des chaufferettes à charbon de Paris est bon lorsqu'il y a une évacuation directe à l'extérieur des gaz de la combustion ; — dans le cas contraire il est dangereux si les véhicules ferment hermétiquement. Il n'y en a pas beaucoup, mais enfin on en trouve et c'est dans ceux-là qu'arrivent les accidents. Plusieurs systèmes ont été proposés ; chauffage extérieur, sous le plancher de la voiture, bouillottes d'acétate de soude, etc., etc.

Il serait, nous le croyons, facile d'obtenir de la chambre syndicale des loueurs et des différentes compagnies d'améliorer le chauffage des voitures, qui en somme ne serait pas plus coûteux et donnerait satisfaction au Conseil d'hygiène et garantie aux voyageurs imprudents, mais frileux qui pourraient en toute sécurité se casemater dans les voitures publiques.

A. ROUSSELET.

Les Cosaques et les Circassiens du Jardin d'Acclimatation.

Le Jardin Zoologique d'Acclimatation donne, depuis hier, l'hospitalité à un détachement de Cosaques et de Circassiens venus du Caucase. La petite troupe a quitté le gouvernement de Koutaïs dans le courant du mois d'octobre, a traversé la mer Noire, est arrivée à Odessa où hommes et chevaux ont pris le chemin de fer, après avoir traversé toute l'Autriche et la Suisse, la caravane a mis pied à terre à Paris, but du voyage.

Le chef de ce détachement, riche propriétaire du Caucase, avait depuis longtemps le désir de venir voir la France. Il a eu l'idée très originale de se faire accompagner par une troupe de cavaliers irréguliers armés, montés sur des chevaux des Steppes et vêtus de leur pittoresque costume national, de façon à présenter aux occidentaux les jeux militaires des Cosaques qui passionnent à un si haut degré toutes les classes de la société russe. Dans les réjouissances impériales ils ont leur place marquée et la presse en a beaucoup parlé lors des dernières fêtes de Saint-Pétersbourg.

Hommes et chevaux sont campés au Jardin Zoologique d'Accl-

matation. Ils se livrent tous les jours aux exercices vraiment extraordinaires qui leur ont valu la réputation de premiers cavaliers du monde. Ils y séjourneront peu de temps, car l'établissement attend une troupe de Lapons norvégiens qui est actuellement en route.

L'Enseignement de la Chirurgie et de l'Anatomie dans les Universités de langue allemande (Suite) (1);

par M. le Dr Lejars, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.

A Paris, grâce au nombre et à l'amplitude des pavillons, les élèves dissèquent tous à la fois, trois ou quatre mois durant, deux heures par jour en moyenne. Dans les universités allemandes, ils dissèquent successivement pendant une durée moindre, mais bien plus longtemps chaque jour. Ils sont répartis en groupes de 4, 6 à 8 : à chacun des groupes on livre un cadavre, et, dans les universités où le nombre des sujets devient fort restreint, à Breslau, par exemple, on en use avec la plus stricte économie. Ainsi, les élèves étudient d'abord ensemble, et sous la direction d'un démonstrateur, la topographie générale des viscères et chaque viscère en particulier, puis le cadavre est divisé en huit fragments : un sujet sert six semaines aux dissections. Dans les autres écoles, les dissections s'achèvent beaucoup plus vite, ce qui permet le roulement; mais il faut tenir compte du nombre d'heures plus considérable que l'étudiant est libre d'y consacrer journellement.

Ainsi, l'assistance des élèves aux salles de dissection n'est pas continue : elle a lieu par périodes, à intervalles plus ou moins éloignés. Il nous faut signaler ici un règlement fort utile, et qui se prêterait à une facile application ; tout élève doit faire examiner sa préparation par le professeur ou l'un des prosecteurs, quand il l'a terminée, et il n'a droit à un nouveau sujet que si le résultat de l'examen a été jugé suffisant. Ce contrôle particulier est établi à Berlin, à l'Institut de M. le professeur Waldeyer ; dans plusieurs écoles d'Allemagne et dans toutes les facultés russes. En somme, le système en vigueur est nécessité par l'état des salles, d'une part, et aussi par le nombre, en général peu considérable, de cadavres. — A Berlin, 600 élèves passent annuellement dans les trois salles de dissection, assez petites, dont nous avons parlé; à Prague, 400 élèves dissèquent, et les deux salles n'en peuvent contenir que 64 à la fois. — A Vienne, l'Institut anatomique ne reçoit que 600 cadavres par an ; à Breslau il en reçoit seulement 150 à 200, pour 230 élèves qui prennent part aux dissections ; et partout en Allemagne, ce nombre reste relativement moindre qu'à Paris. Les sujets proviennent : α des hôpitaux : ce sont les corps non réclamés comme à Paris. Mais l'œuvre des sépultures compte en Allemagne de nombreuses associations (Begrœbniss-Verein) qui réduisent d'autant le contingent hospitalier ; — β des prisons (travaux forcés) : il est écrit dans les lois prussiennes que le forçat récidiviste doit servir, après sa mort, aux dissections. — Et les sujets peuvent venir, non seulement de villes d'université, mais aussi des provinces : pour Breslau, par exemple, ils sont envoyés de toute la province de Silésie (Gœrlitz, etc.).—Quand un prisonnier meurt, le directeur de la prison télégraphie à l'institut, d'où l'on expédie aussitôt un cercueil spécial : le sujet est ainsi amené par le chemin de fer.— Il en est de même pour les sujets non réclamés des hôpitaux de province, les suicidés, etc. : le maire (obermeister) télégraphie à l'école d'anatomie, et, par le même procédé, le transport se fait.

Les salles de dissection demeurent toute la journée ouvertes, de huit heures du matin à six heures du soir, même en hiver ; grâce à un éclairage bien installé (l'éclairage électrique à Vienne, à Berlin, etc.), les travaux peuvent être prolongés longtemps, jusque dans la soirée. L'élève n'est donc nullement astreint à une durée de présence déterminée : il jouit, à ce point de vue, d'une liberté et d'une initiative très-grandes. Il suit de là, naturellement, que la surveillance ne saurait être établie sur le même pied qu'à l'Ecole pratique de Paris ; pourtant, toute la journée, l'étudiant trouve à qui s'adresser : le professeur lui-même, les prosecteurs et les aides se succèdent tour à tour dans les salles. A Berlin, M. le professeur Waldeyer institue chaque année, en dehors du personnel officiel de l'institut, un certain nombre de moniteurs, pris parmi les étudiants les plus instruits (7 ou 8 ordinairement), et qui remplissent à peu près les fonctions de nos aides d'anatomie. — On ne saurait nier qu'il y ait tout avantage à laisser ainsi à l'élève libre accès aux salles de dissection, et à lui permettre de combiner lui même ses heures de travail pratique avec les cours qu'il désire suivre. Mais un autre caractère plus heureux encore de l'organisation anatomique, et bien propre à faciliter le travail personnel de l'élève, c'est ce fait, qu'il trouve groupés à l'Institut anatomique, tous les éléments de l'étude de l'anatomie ; qu'il y trouve, à part les salles de dissection, les salles de lecture et les bibliothèques, les salles d'étude et de pièces sèches ou conservées, les musées, enfin et surtout les cours, tous les cours.

Presque tous les instituts sont pourvus d'une bibliothèque, pour les élèves, bibliothèque qui renferme les traités d'anatomie, allemands ou étrangers, et un certain nombre de journaux. Mais ce qu'il faut remarquer surtout, c'est l'installation des salles d'étude (studirungs-saal), qui existent presque partout, mais spécialement à Vienne: ouvertes toute l'année, et toute la journée aux élèves, on y rassemble la collection des pièces d'ostéologie, et surtout des préparations disséquées et conservées dans de grandes cuves pleines d'alcool : c'est permettre aux élèves qui vont subir l'examen de revoir en peu de temps et « sur le cadavre » toute l'anatomie. Ces cuves de conservation se rencontrent dans tous les musées d'anatomie, à l'étranger, elles rendent les plus grands services, en évitant la perte d'un grand nombre de pièces démonstratives ; on y conserve souvent des fragments de cadavre, ou des cadavres presque entiers, qui offrent quelque anomalie rare, une inversion générale des viscères par exemple, etc.; c'est aussi dans ces cuves d'alcool que sont plongées les grandes coupes par congélation, si démonstratives, elles aussi, celles du prof. Braune, à Leipzig, ou du prof. Waldeyer, à Berlin ; le liquide ne doit déborder que d'une mince couche la surface de la pièce ; la fermeture, par un couvercle de verre, doit être très hermétique. A Saint-Pétersbourg, nous avons vu, dans le musée de Gruber, des pièces conservées ainsi depuis vingt ans.

Ceci nous amène à parler des musées. Compris dans l'enceinte de l'Institut anatomique, près des salles de dissection et du laboratoire, le musée est bien placé pour s'enrichir chaque jour et devenir en même temps d'une réelle utilité pour les élèves. De plus, il est en quelque sorte l'apanage du professeur d'anatomie et de son école ; le maître y rassemble les objets successifs de ses études, il y met aussi une part de sa fierté scientifique : il nous suffira de citer les musées de Lenhossek, à Pesth ; de Teichmann, à Cracovie ; de Grüber, à Saint-Pétersbourg. Le musée de Cracovie est formé de deux grandes salles, dont les collections ont été presque entièrement renouvelées depuis quelques années; à part une série de squelettes et de pièces ostéologiques blanchies par la méthode de Teichmann, ce sont surtout les injections vasculaires et les lymphatiques qui représentent l'intérêt principal de ce musée; toutes pièces préparées avec la masse d'injection spéciale qui est préconisée par le prof. Teichmann. Le musée de Gruber est beaucoup plus vaste encore ; il occupe à l'Institut anatomique de Saint-Pétersbourg, toute l'aile gauche du premier étage. Professeur depuis quarante ans, Gruber, qui a pris sa retraite, il y a quatre mois, laissera le renom d'un des plus grands travailleurs du siècle. Appelé à Saint-Pétersbourg par Pirogoff, qui venait de fonder la chaire d'anatomie à l'Académie impériale militaire, pour lui succéder, il dut attendre huit ans sa chaire. Ses publications sont innombrables ; on montrait encore, il y a quelques mois, à l'Institut anatomique de Saint-Pétersbourg, les « cahiers de Gruber » énormes cahiers où l'anatomiste notait chaque jour ses constatations et ses découvertes : il y a là un fonds immense d'observations.

Gruber ne parlait pas couramment le russe ; il enseignait dans une langue à lui où l'allemand et le russe se mêlaient au latin, ce qui n'ôtait rien au succès de son enseignement. Le musée se compose de trois salles principales et d'une annexe historique : dans la première salle, une riche collection de crânes et d'anomalies crâniennes ; dans les deux autres, les corrosions de Hyrtl, le chef-d'œuvre du genre, offertes par le

(1) Voir *Progrès médical*, nos 43, 46, 48, 49, 50 et 51.

grand anatomiste viennois à Gruber, son élève, de préparations vasculaires, de nombreuses anomalies musculaires, dont Gruber faisait son étude de prédilection : il existe même deux ou trois pièces dues à des étudiants, du temps de Pigoroff. A l'annexe historique appartiennent les curieuses collections de Cruishank et de Leuwenhoek, et quelques masques en plâtre, celui de l'empereur Nicolas, etc.

En effet, les musées d'anatomie sont ordinairement répartis en plusieurs sections : 1° Section historique, souvent fort intéressante, nous l'avons déjà vu ; à Halle, c'est une riche collection de crânes et de pièces histologiques, le musée de Meckel ; à Iéna, l'on garde encore une série de squelettes de petits animaux préparés par Gœthe, alors que le poète naturaliste ébauchait sa théorie de la vertèbre. Chaque institut conserve ainsi les souvenirs de sa lignée scientifique. 2° Section d'anatomie humaine : nous signalerons le nombre des pièces conservées dans l'alcool et la mesestime croissante où tombent les pièces sèches, peintes et vernies, sauf pour certains points spéciaux, et aussi les coupes transversales des membres injectés et du tronc, coupes par congélation, fort démonstratives. Rappelons aussi les pièces schématiques en cire, et surtout la série des embryons de His ; il existe à Vienne, au Josephinum, tout un musée ainsi composé de modèles en cire. A Bâle, à l'Institut du prof. Kollmann, nous avons vu des moules en plâtre de plusieurs régions, colorés, et qui doivent être fort utiles pour les démonstrations. 3° Section d'anatomie comparée et d'anthropologie, très importante, souvent, comme à Iéna, où elle a été rassemblée par Oken et Gegenbaur, à Breslau, etc. 4° Section de tératologie : celle de Breslau encore, pour le nombre et la rareté des pièces humaines, nous semble hors de pair.

Les musées complètent l'ensemble des éléments d'étude personnelle que l'élève trouve à l'Institut anatomique. Arrivons à l'enseignement proprement dit :

Nous l'avons dit plus haut, on enseigne beaucoup plus en Allemagne que chez nous, et nous ne saurions en fournir de meilleur exemple, que ce qui se passe à un grand institut d'anatomie, tel que celui de Berlin. Voici le programme des cours qui s'y font en ce moment .

Anatomie humaine. — Prof. Waldeyer : neuf cours d'une heure par semaine (cours payants : privatim).

Névrologie. — Prof. Waldeyer : un cours de deux heures par semaine (cours public : offentlich).

Anatomie comparée. — Prof. Hertwig : quatre cours par semaine (privatim).

Génération et hérédité. — Prof. Hertwig : un cours par semaine (cours public).

Ostéologie et syndesmologie de l'homme. — Prof. Hartmann : deux cours par semaine (privatim).

Théorie de Darwin (*Darwin's Lehre*), — Prof. Hartmann : un cours par semaine, avec démonstrations (cours public).

Histoire naturelle des parasites animaux, et en part. de ceux de l'homme. — Prof. Fritsch : un cours par semaine (cours public).

Anatomie comparée des vertébrés. — Prof. Fritsch : 4 cours par semaine (privatim).

Histologie. — Dr Rabl-Rückhardt : un cours de deux heures (privatim).

Modifications morphologiques vitales des cellules, avec démonstrations. — Dr Benda : deux cours par semaine (privatim).

Anatomie fine du système nerveux central. — Dr H. Virchow : un cours de deux heures (privatim).

Anatomie fine du cerveau, et spécialement trajet des fibres nerveuses. — Dr Siemerling : un cours par semaine (privatim).

Il est évident que les élèves n'assisteront pas tous à tous ces cours, mais l'auditoire y sera toujours fort nombreux, et c'est là un des traits qui frappent le plus dans les Universités allemandes, et qui tient au système d'enseignement ; aux cours magistraux, aux Vorlesingen, assiste constamment la presque totalité des étudiants inscrits. — Ces cours se donnent dans le grand amphithéâtre (Auditorium) de l'Institut ; d'autres, dans de salles de cours plus petites ou même dans les laboratoires et les salles de dissection. — La leçon est toujours essentiellement pratique ; il est un peu suranné de représenter le professeur allemand *lisant un cahier de notes, toujours le même*, je ne sais ce qui se passe aux Facultés de droit ou de théologie, mais ce qu'il y a de certain, c'est que dans les Facultés de médecine, tous les cours, et ceux d'anatomie et de physiologie, comme les cours de clinique, ont une allure très vivante et une forme toujours démonstrative. Le professeur présente une série de pièces fraîches ou conservées, il explique des planches ou il dessine lui même au tableau. A Berlin, dans le corridor qui précède l'amphithéâtre, sont installées à hauteur d'homme, une suite de vitrines, où l'on rassemble, avant chaque leçon, les pièces qui ont trait à l'objet du cours : les étudiants sont libres ainsi de les examiner à loisir. De ces cours quelques-uns sont publics, la plupart sont privés, c'est à-dire payants : un petit nombre sont particuliers (privatissime), et n'admettent que quelques élèves plus instruits ou même des médecins. Il faut signaler l'heureuse institution d'un cours d'anatomie topographique, spécialement réservé aux étudiants qui viennent de terminer leur temps d'assistance aux cliniques (deux ans). C'est un excellent moyen de leur faire revoir l'anatomie appliquée, qu'ils sont alors en mesure de comprendre. A l'Institut anatomique se passent aussi les examens pratiques. En Allemagne, l'étudiant est astreint à faire une préparation d'anatomie systématique ou topographique, mais il a de plus à présenter une dissection de nerfs, et à exposer par écrit (geschriebene Erklarung), la région qu'il a préparée. Il est de quelque intérêt de transcrire l'article du Règlement universitaire Autrichien, qui concerne l'examen pratique d'anatomie : « Le candidat devra faire preuve : 1° de connaissances ostéologiques; il devra décrire et nommer sur le squelette ou sur le cadavre, les différents segments osseux ; reconnaître des os ou des fragments d'os, indiquer l'âge et le sexe de l'individu auquel ils appartenaient ; enfin montrer qu'il connaît à fond la structure et le mécanisme des articulations ; 2° de connaissances d'anatomie topographique : il fera, en présence de l'examinateur, sur le cadavre, la préparation d'une région, et l'ouverture d'une cavité viscérale, pour en démontrer les différentes parties disséquées. Il aura en même temps à décrire le trajet et la situation de vaisseaux et de nerfs isolés, et à les découvrir par le plus court chemin (auf Kurzem Wege auf zu suchen . ... Ce sont les découvertes, telles qu'on les demande depuis plusieurs années, chez nous, aux examens pratiques d'anatomie. « L'examinateur peut poser au candidat des questions d'histologie, ou lui faire préparer ou décrire des pièces microscopiques. »

Nous abordons la question si importante du personnel. Il existe une hiérarchie du personnel anatomique, qui forme un seul corps comme l'Institut lui-même, forme un seul tout ; mais cette hiérarchie laisse à chacun de ses membres une large part d'indépendance dans sa sphère. Chef unique et responsable, le professeur ordinaire, réunit sous sa haute direction l'enseignement théorique et pratique. Dans les grandes Universités, on trouve deux professeurs ordinaires d'anatomie : à Berlin, le professeur Waldeyer, enseigne l'anatomie humaine ; le professeur Hertwig, l'anatomie comparée et l'embryologie ; à Vienne, l'Institut anatomique est divisé en deux moitiés, pour les professeurs Toldt et Zuckerkandl. Le personnel se compose : des professeurs extraordinaires — des prosecteurs — des aides ou démonstrateurs Les professeurs extraordinaires, dont le grade est analogue à celui de nos agrégés, sont en nombre toujours très restreint : il y en a deux à Berlin (professeurs Fritsch et Hartmann) : quelquefois le professeur extraordinaire conserve le titre et les fonctions de prosecteur : nous citerons M. Karl Bardeleben, le Directeur de l'Anatomischer Anzeiger, qui, depuis quinze ans, est attaché à titre de prosecteur et de professeur extraordinaire, à l'institut anatomique d'Iéna. Le professeur extraordinaire (l'agrégé) d'anatomie, prend une part effective et continue à l'enseignement de l'anatomie, pendant les deux semestres, il est chargé d'un ou de plusieurs cours, il dirige des exercices pratiques, il a, à l'Institut anatomique, ses élèves et son laboratoire.

Les Prosecteurs portent encore le titre d'Assistants du professeur d'anatomie : à Vienne, il y a pour chaque professeur ordinaire, 3 Assistants ou Prosecteurs, et 3 Démonstrateurs — à Berlin, à part les deux professeurs extraordinaires il existe trois prosecteurs (nous avons signalé plus haut l'institution de

[illegible] 8 nommés [illegible] 2 prosecteurs et 2 démonstrateurs [illegible], et un assistant [illegible].

Les démonstrateurs [illegible] d'anatomie ; ils sont chargés de [illegible] de préparer les [illegible] leur est toujours [illegible], dans une [illegible] demi-circulaire, qui [illegible] chaque amphithéâtre, et où donnent une série de [illegible], des tables [illegible] et de [illegible] pour les démonstrateurs. Ils sont en [illegible] un an [illegible] la faculté d'être prolongés ; ils conservent généralement plusieurs années leurs fonctions, qui sont [illegible] il est évident qu'un grand nombre d'entr'eux n'obtiennent jamais ce titre, et ne le briguent [illegible] : ils cherchent seulement dans leurs fonctions de démonstrateurs un élément d'études pratiques : quelques-uns deviennent, plus tard, assistants de chirurgie.

La situation du prosecteur est toute autre. Choisi par le professeur, comme les assistants des Cliniques, et nommé sans limite déterminée, il est entré dès lors réellement dans la carrière anatomique, et libre de la poursuivre, sans se voir interdire brusquement, au bout de quelques années, son laboratoire et ses moyens de travail. Bientôt privat-docent, il sera plus tard prosecteur dans une école plus importante, ou professeur extraordinaire ; il suivra aussi, au gré des vacances successives et suivant la notoriété qu'il se sera faite, les différentes étapes de la hiérarchie universitaire ; je citerai, un seul exemple, celui du professeur Born, de Breslau qui a bien voulu me prodiguer ses explications : après des études faites à Breslau et à Berlin, où il était démonstrateur, le Dr Born écrivit une thèse d'anatomie, dont il fit hommage au professeur Heidenhain ; il obtint une place de prosecteur à l'Institut anatomique de Breslau, il y est devenu professeur extraordinaire, il y est depuis treize ans, il était candidat à la chaire de professeur ordinaire, dans une autre Université.

Ce qui permet une spécialisation aussi hâtive et aussi tranchée, c'est précisément le système universitaire en vigueur, qui crée au prosecteur des moyens d'existence largement assurés, et qu'il peut lui-même développer encore. Il est un premier fait, peu connu, semble-t-il : le traitement officiel est plus élevé qu'en France : celui des prosecteurs varie de 2.700 à [illegible] marcs (3.375 fr. à 4,875 fr.) ; presque toujours ils ont leur appartement à l'Institut anatomique. A ces ressources fixes s'ajoutent celles de leurs cours payés, qui, surtout dans les grands centres, deviennent extrêmement fructueuses. Qu'il nous suffise de dire que le professeur Waldeyer, à Berlin, se fait annuellement un revenu de 80,000 marks ; on comprendra ce que peut être, toutes proportions gardées, la situation du personnel secondaire. En résumé, ce qui semble bien étrange en France, l'anatomiste allemand peut vivre et s'enrichir de l'enseignement de l'anatomie.

Quant aux moyens de travail, ils sont vraiment hors de comparaison. Chaque prosecteur possède, à l'Institut anatomique, un vaste cabinet de travail : bien éclairé, bien chauffé, ce cabinet renferme des vitrines, une bibliothèque plusieurs microscopes, et tout l'arsenal nécessaire à l'étude de toutes les branches de l'anatomie. Le prosecteur est là, chez lui, dans son laboratoire particulier : il y passe les heures que l'enseignement lui laisse libres, il y admet quelques élèves spéciaux, il y organise ses recherches personnelles. Le budget de l'Institut alimente largement tous ces laboratoires ; le professeur directeur de l'Institut, est intéressé personnellement aux travaux de ses aides et au renom de son école ; à etre plus original, l'enseignement ne saurait souffrir. — Il faut reconnaître, en toute franchise, qu'à Paris, dans une école pratique qui date de quelques années à peine, les conditions sont tout autres : de très beaux pavillons, un nombre de cadavres toujours supérieur à la moyenne de ceux des écoles allemandes, des répétitions très nombreuses ; tels sont les avantages inappréciables que trouvent les élèves à l'école pratique de Paris, et qu'ils ne sauraient trouver nulle part, à un tel degré de développement. Mais le personnel enseignant est moins favorisé ; quant aux moyens de travail. Il n'existe qu'un seul prosecteur, au sens allemand du mot, c'est le chef des travaux anatomiques.

C'est à sa large et prévoyante organisation, que la carrière anatomique, en Allemagne, doit d'être recherchée à l'égal des autres carrières ; c'est à elle que l'anatomie allemande doit tout son essor. Cet essor, à quoi servirait-il de le nier ? L'anatomische Gesellschaft, qui se recrute parmi les anatomistes de carrière, compte aujourd'hui 211 membres ; à Wurtzbourg, en mai dernier se tenait un Congrès d'anatomistes, qui réunissait 77 membres, et il suffit de parcourir cette longue liste, pour constater que la plupart d'entr'eux ont une haute notoriété scientifique, fondée sur leurs travaux personnels. S'il fallait d'autres preuves, nous pourrions énumérer le nombre des publications anatomiques et des traités qui paraissent en Allemagne depuis vingt ans, ou encore celui des journaux d'anatomie.

Mais il ne faut pas oublier que notre grande école de chirurgiens anatomistes, au commencement du siècle, a rayonné sur toute l'Europe, et il n'est pas rare d'entendre des maîtres allemands s'avouer eux-mêmes élèves de Velpeau ou de Malgaigne. L'anatomie française compte, aujourd'hui encore, des maîtres illustres : l'anatomie chirurgicale est un genre tout français, et il suffit de voir, pour s'en convaincre, de quelle vogue jouissent à l'étranger, nos livres d'anatomie topographique tous dus à des chirurgiens. M. le prof. Waldeyer nous disait, à Berlin, qu'il voudrait avoir parmi ses prosecteurs ou ses démonstrateurs, d'anciens aides ou d'anciens assistants de chirurgie ; que sans doute, avec cette préparation ils sauraient concevoir autrement l'anatomie et l'enseigner plus pratiquement. Rompre le lien qui unit en France l'anatomie à la chirurgie serait enlever à l'une et à l'autre un de ses traits d'originalité. Mais, il faut bien l'avouer, tel qu'il est organisé, l'enseignement anatomique n'est pas et ne peut pas être à lui seul, une carrière. Comment pourrait-il rivaliser à armes égales, avec la science allemande ?

La spécialisation anatomique ne saurait aller sans un remaniement complet de l'organisation. Qu'il nous soit permis d'émettre une hypothèse : Si l'on institue jamais en France, comme le voudraient plusieurs de nos maîtres, de véritables assistants de chirurgie issus de l'Internat, la séparation du personnel anatomique et chirurgical sera dès lors une nécessité : le prosectorat deviendra un titre et une fonction exclusivement anatomiques. Si dès lors l'état actuel persistait, l'Ecole pratique ne tarderait pas à être désertée ; et, à moins de rayer l'anatomie du programme universitaire, on devra créer la carrière anatomique qui manque. Réduire le nombre des prosecteurs en accroissant leur part d'enseignement, leur initiative personnelle, et leurs moyens de travail ; leur fournir par un traitement officiel plus élevé, et surtout par l'institution de l'enseignement payé, des ressources suffisantes à leur créer une indépendance et susceptibles de s'accroître par l'activité individuelle ; les nommer sans limites ou pour une très longue durée ; leur assurer, par les mutations établies entre Facultés et la création d'une carrière anatomique française, et non plus seulement parisienne, lyonnaise, etc... un avenir plus large et plus certain : tels sont les éléments qui permettraient seuls d'avoir des prosecteurs anatomistes, voués définitivement à la carrière anatomique, comme les assistants de chirurgie le seraient à la carrière chirurgicale. Les aides d'anatomie se recruteraient toujours parmi les internes de chirurgie : n'ayant pas encore le rôle et la pratique étendue des assistants, ils combineraient sans peine leur doubles fonctions, l'antisepsie pourrait s'en accommoder sous la réserve d'une propreté soigneuse, et ne voit-on pas, dans toutes les cliniques étrangères, professeur de chirurgie et Assistants passer journellement plusieurs heures à l'Institut anatomique, pour leur cours opératoire ? Enfin, ce serait toujours parmi les internes, aides d'anatomie, que seraient choisis les Assistants de chirurgie ; à cette condition, le recrutement du personnel de l'Ecole pratique, loin de souffrir, serait mieux assuré ; les jeunes chirurgiens recevraient toujours cette éducation anatomique et opératoire qui est comme la marque de la chirurgie française, et l'enseignement anatomique lui-même ne perdrait rien de son caractère pratique. On créerait ainsi un véritable Institut anatomique, école d'anatomistes et de chirurgiens, qui, dans ses larges proportions, n'aurait pas

d'égal. Peut-être le jour n'est-il pas loin, où une telle hypothèse deviendra une nécessité urgente.

Autres Instituts.

Nous avons cherché à donner une idée précise des Instituts de chirurgie et d'anatomie : la description sommaire de quelques autres Instituts nous montrera partout la même conception fondamentale.

La clinique gynécologique (Fraüen-Klinik) constitue un des plus grandioses instituts de Berlin. Elle est dirigée par le professeur Oldshausen, le successeur de Schrœder. Elle comprend deux étages ; un ascenseur conduit les malades au second étage, où se trouve l'amphithéâtre; elle renferme non seulement le service des accouchements, mais encore le service gynécologique et celui des laparotomies. A la salle d'accouchements, au pied de chaque lit, un pupitre et une chaise sont destinés à l'élève, qui est désigné pour suivre le travail et prendre l'observation. Une liste de précautions minutieuses dont l'exécution est rigoureusement surveillée, est affichée à l'entrée de la salle d'accouchements et est distribuée à chacun des « pratiquants ». — Au rez-de-chaussée, plusieurs petites salles, bien isolées, dans une des ailes de l'établissement, sont réservées aux malades fébriles ; au second, il existe de même une salle à part pour les inopérables, cancers utérins, etc. Une série de chambres reçoivent les autres malades ; la salle de laparotomies, fort simple, absolument vide hors des jours d'opération, est soigneusement fermée. Nous avons assisté à l'une des cliniques du professeur Oldshausen : l'amphithéâtre, bien éclairé de face, est pourvu d'un assez large hémicycle, avec le lit à spéculum, au centre ; les élèves avaient été d'abord rassemblés dans une salle du rez-de-chaussée, et l'un des assistants avait désigné deux d'entre eux sur le registre de clinique, pour les examens gynécologiques. Ils furent appelés à examiner publiquement plusieurs malades, répondant aux interrogations du professeur et indiquant les résultats de la palpation et du toucher. M. Oldshausen reprenait lui-même l'histoire clinique et les éléments du diagnostic, et, élargissant la question, il vint à faire, en prenant pour base un des cas présentés, une leçon complète sur l'hématocèle rétro-utérine : il cita à plusieurs reprises Nélaton, Voisin, Bernutz et Goupil, etc.

A Berlin encore, un autre Institut, d'un genre tout autre et tout récent, nous fournira un nouvel exemple de la richesse de moyens matériels qui sont mis à la disposition du haut enseignement : je veux parler de l'Institut Zoologique et du Museum für Naturkunde qui en est voisin. Ouvert depuis quelques mois, l'institut zoologique est pourvu de tous les éléments de recherche scientifique : le directeur, le professeur Schultze, est logé dans une dépendance de l'Institut ; le personnel se compose de deux professeurs extraordinaires, et de deux assistants, qui ont chacun leur laboratoire; les assistants y ont aussi leur appartement. Eclairés à la lumière électrique, l'amphithéâtre et les salles de travail pour les élèves sont grandes et fort bien aménagées ; dans le sous-sol, un aquarium d'eau douce et un autre d'eau de mer ; à l'étage le plus élevé, une étuve, Warmes Zimmer, à toiture de verre, où sont disposées des cages de verre en forme de lits, à fond constitué par une série de tubes enroulés ou circulera l'eau chaude. Le muséum d'histoire naturelle (für naturkunde) est encore en construction; nous devons à la courtoisie de M. le professeur Möbius d'avoir pu en visiter les collections encore en voie de classement; il y aura deux séries de collections ; au rez-de-chaussée, le musée public (Schausammlung) ; au premier, une section essentiellement scientifique (Wissentschaftliche Sammlung), réservée aux recherches, et où les vitrines seront ouvertes aux travailleurs ; ces grandes salles, dont l'accès journalier leur sera si facile, deviendront pour eux d'une utilité inappréciable. Les vitrines sont construites avec le plus grand soin; chaque porte s'emboite par une lame verticale qui part de son montant dans une rainure aussi verticale de la paroi opposée de la vitrine ; le fond de la rainure sera rempli de coton, et l'accès de l'air et des germes ainsi totalement défendu ; le fond des vitrines est en jaune clair, ce qui permet aux objets de ressortir et de se détacher mieux dans leurs détails ; enfin, près de chaque groupe d'animaux seront placés un catalogue de leurs espèces, et une carte du globe, teintée aux régions de leur habitat ; le même classement et les mêmes détails existent, du reste, au magnifique musée d'histoire naturelle de Dresde.

Je ne saurais refaire ici la description de l'Institut de Physiologie du professeur Dubois-Reymond. L'Institut se partage en quatre divisions ou services (abtheilungen) : 1° physiologie proprement dite; 2° physique physiologique ; 3° histologie et anatomie comparée ; 4° chimie; il en résulte quatre segments isolés et complets. Le professeur Dubois-Reymond enseigne toute la physiologie dans le cours d'une année ; en hiver il fait, par semaine, trois leçons de deux heures et deux de une heure ; en été, deux leçons de deux heures et une de une heure; c'est la physiologie des muscles et des nerfs, et la physiologie générale (Stoffwechsel), qui est réservée pour le second semestre. Les leçons sont toujours accompagnées d'expériences ; l'enseignement de la physiologie pratique est organisé de la façon suivante : à côté de l'amphithéâtre se trouve une longue salle, et, à une de ses extrémités, derrière une grille à hauteur d'homme, une table d'expériences, qui, par derrière, communique avec un laboratoire ; les élèves se rassemblent dans cette salle de démonstration pratique, et, par groupe de quinze, ils viennent successivement entourer la rampe et assister à l'expérience. On la répète plusieurs fois, et il devient possible, par ce procédé, de la faire voir « de près », à tous les assistants. Il est évident qu'un petit nombre seulement de faits physiologiques se prêtent à ces démonstrations successives; mais bien observés, ils sont incontestablement d'un bénéfice plus réel, que de nombreuses expériences entrevues de très loin. — La section d'histologie, dirigée par le professeur Fritsch et le docteur Benda, est surtout fréquentée par des élèves plus avancés, qui préparent des travaux, des thèses, etc. — C'est à la section de chimie que se font les travaux pratiques pour les étudiants : ils suivent les cours théoriques de l'Institut de chimie, qui dépend de la Faculté de philosophie, mais ils ne font d'exercices pratiques qu'à l'Institut physiologique, dépendant de la Faculté de médecine. Il en est de même pour la physique. Il semble y avoir à cette organisation un réel avantage, dans le caractère plus pratique et plus médical imprimé à ces exercices. Les étudiants en médecine suivent aussi les cours de l'Institut de zoologie et de botanique, mais un très petit nombre se font inscrire pour y travailler.

A Breslau, à l'Institut du professeur Heidenhain, les élèves sont exercés à la pratique histologique pendant deux semestres : pendant le premier, ils font des coupes et des colorations, pendant le second, ils abordent des préparations plus difficiles. Ils assistent aux expériences physiologiques, mais ils n'y prennent jamais part eux-mêmes, sauf des cas exceptionnels. A Halle, l'Institut du professeur Bernstein est aussi richement doté de tous les instruments nécessités par la pratique expérimentale, et surtout par la technique délicate que suit dans ses recherches le sympathique auteur du livre sur « Les Sens ». — Décrire son Institut serait reprendre une histoire que nous avons déjà faite plusieurs fois : tous ces instituts répondent au même type et révèlent le même esprit.

Nous ne saurions pourtant passer sous silence l'Institut anthropologique de Pesth, dirigé par le professeur von Térek. Il fait partie de cette série d'instituts (physique, chimie, physiologie, zoologie, hygiène), établie sur le Museumring. Très peu d'élèves y travaillent, mais son installation et ses collections fournissent au professeur et à ses assistants d'amples ressources. Il renferme 6.000 crânes et 600 squelettes ; un cabinet d'appareils, fort richement doté, complète l'installation. Elève et grand admirateur de Broca, le professeur von Térek conserve devant son bureau de travail la photographie de notre illustre anthropologiste.

Ainsi, l'ordonnance est la même partout : des moyens de travail extrêmement développés, le professeur chef souverain de son institut et chaque membre du personnel enseignant n'en ayant qu'une plus large part d'initiative personnelle. Cette initiative devient la condition même du travail et de la production scientifiques.

Caractères principaux de l'enseignement allemand.

S'il nous est permis de résumer en quelques traits les con-

clusions qui se dégagent de cette étude, nous rapporterons à trois chefs les caractères d'originalité de l'enseignement allemand : 1° L'enseignement, et en particulier l'enseignement médical est, à lui seul, une carrière ; 2° Il y a décentralisation au sein de chaque Université ; 3° Il y a décentralisation entre les Universités.

Fournir à la carrière de l'enseignement assez de ressources pour qu'elle puisse devenir, à elle seule, une profession suffisante ; en ouvrir largement l'accès, créer un large champ à l'initiative individuelle, et mettre les grades et l'avancement au seul prix de la production personnelle ; ce sont là d'excellentes conditions pour assurer à chaque branche de la science un recrutement de travailleurs spécialisés et directement intéressés à ses progrès. Telle est l'idée-maîtresse ; ce qu'elle devient dans la pratique, nous allons le voir.

Ce serait une erreur de croire que les ressources de l'enseignement payé soient les seules du corps enseignant. Les traitements officiels en Allemagne sont tous plus élevés qu'en France ; c'est un fait que signalait M. le Dr Raphaël Blanchard et que nous avons retrouvé partout.. Voici quelques chiffres : les assistants ont un traitement de 12 à 1.500 marcs (1.500 fr. à 1.875 fr.) ; ils sont logés, éclairés, chauffés, quelquefois nourris (à Kœnigsberg, par exemple). Les prosecteurs ont de 2.700 à 3.900 marcs (3.375 fr. à 4.875 fr.). Les professeurs à Berlin ont un traitement officiel de 7.800 marcs (9.750 fr.), mais ce traitement est, en réalité, presque toujours plus élevé ; et il serait inexact de comparer le chiffre officiel au traitement des professeurs français ; il y a toujours, pour les professeurs de renom, un supplément de traitement, fort difficile à connaître, que les Universités leur assurent en les « appelant ». Déjà, à Kœnigsberg, M. Mickulicz touche 10.000 marcs (12.500 fr.), et, de plus, il faut compter encore les honoraires des examens qui se chiffrent, dans les grandes Universités, par des sommes fort élevées.

Mais, à ce traitement officiel, supérieur à ceux de nos Facultés, s'ajoute le Collegiengeld, le produit de l'enseignement payé. Les assistants ont leurs cours de diagnostic, de médecine opératoire, etc., et nous avons vu ce qu'ils produisent, à Vienne, par exemple. Les prosecteurs, privat-docenten ordinairement, ont les mêmes ressources. C'est pour le professeur que l'enseignement payé devient, naturellement, le plus fructueux. Voici quelques indications sur le taux moyen des leçons officielles (Vorlesungen) ; il y a, bien entendu, de nombreuses variations, et il n'existe aucun tarif : en Allemagne, une heure de leçon par semaine se paie en général 5 marcs (6 fr. 25) pour un semestre ; par exemple, un cours d'une heure qui se fait quatre fois par semaine, comme il arrive le plus souvent, se paiera, pour un semestre, 20 marcs (25 fr.) ; le taux est à peu près identique en Suisse (5 fr. par heure hebdomadaire, de 20 à 25 fr. par semestre, pour quatre heures de cours par semaine) ; à Dorpat, il est un peu moins élevé (1 rouble, soit 4 fr., valeur nominale, par heure hebdomadaire) ; enfin il l'est moins aussi en Autriche ; on donne généralement 1 florin 1/2 à 2 florins (4 fr.) par heure, soit 6 à 8 florins pour un semestre. Les cours pratiques se soldent à un tarif beaucoup plus élevé : ils coûtent en Allemagne jusqu'à 35 marcs (70 fr.), quelquefois plus. D'après ces données, il est aisé de concevoir que le traitement officiel se trouve doublé ou même triplé. Un tel système explique comment le professeur allemand consacre une aussi large part de son temps à l'enseignement, et comment on voit des chirurgiens passer journellement trois ou quatre heures de la matinée à leur Clinique, et deux heures de l'après-midi à leur cours opératoire. Pour le personnel secondaire, l'existence de telles ressources devient plus importante encore ; elles lui constituent une indépendance lui permettant de se livrer tout entier aux recherches personnelles et à l'enseignement. Voilà pourquoi il se fait tant de cours aux Universités allemandes.

Ici nous abordons une autre face de l'enseignement allemand : la liberté dont il jouit, conçue dans un sens, est aussi large que possible. Être Privat-Docent, telle est la seule condition requise pour avoir le droit d'enseigner ; et cette « venia docendi » s'obtient à la suite d'épreuves qui n'ont nullement le caractère d'un concours, et que tout travailleur peut affronter. Les Universités allemandes ne craignent pas d'accroître le nombre de leurs privat-docenten ; c'est accroître du même coup l'émulation et rehausser le niveau de l'enseignement. Aussi le chiffre du personnel enseignant et le nombre des cours sont-ils comparativement très supérieurs dans les Universités allemandes. Voici, pour quelques universités, un relevé qui le démontre nettement.

UNIVERSITÉS	PROFESSEUR ORDINAIRE	PROFESSEUR EXTRAORDIN.	PRIVAT-DOCENTEN	NOMBRE DE COURS	NOMBRE D'ÉTUDIANTS
Berlin	15	28	59	102	1100
Breslau	9	17	13	39	400
Halle	10	9	8	27	300
Iéna	8	8	5	21	200
Kœnigsberg . . .	8	10	9	27	250
Leipzig	13	8	23	44	660
Bâle	12	3	8	23	100
Cracovie	11	3	12	26	—
Prague	15	7	2	24	200
Vienne	18	36	63	117	5000
Paris	34	Agrégés 34		34	4000

Il faut ajouter qu'un certain nombre de professeurs, des professeurs extraordinaires ou des privat-docenten font plusieurs cours, ce qui accroît d'autant le nombre total ; le relevé des cours qui se font, cet hiver, à la Faculté de médecine de Berlin, donne les chiffres suivants : Histoire de la médecine 2 ; Anatomie 16 ; Physiologie 11 ; Anatomie pathologique 4 ; Médecine 42 ; Thérapeutique 5 ; Chirurgie et maladies cutanées 23 ; Ophthalmologie 12 ; Otiâtrie 4 ; Maladies des femmes 15 ; Médecine légale et hygiène 9 ; Dents 6 ; Cliniques internes 3 ; Cliniques chirurgicales 2 ; Clinique infantile 1 ; Cliniques gynécologiques 2 ; Clinique ophthalmologie 1 ; Clinique otiatrique 1 ; Clinique nerveuse ; Clinique de syphilis 1 ; Clinique des maladies du nez, du pharynx et du larynx 1 ; soit, en comptant les cliniques, 162 cours, et de plus, 65 autres cours exclusivement pratiques.

Non seulement le privat-docent a le droit de faire un cours, mais il y trouve un double intérêt ; c'est sur son enseignement, sur ses succès, sur les travaux scientifiques dont ces cours seront l'objet et la révélation, que les Universités le choisiront pour remplir telle place de professeur extraordinaire ou ordinaire ; et ainsi, ses cours deviendront à la fois pour lui un moyen d'existence et un élément d'avenir.

Ce qui est vrai pour le privat-docent, est vrai aussi pour le professeur extraordinaire, pour le professeur ordinaire lui-même. A tous les degrés de l'échelle universitaire, le même procédé de recrutement existe : le choix, basé sur les travaux personnels. Le concours, tel qu'il est établi chez nous, n'existe sous aucune forme.

Mais le mot de choix soulève toujours quelques répugnances. Le danger, qui est bien réel, il serait inutile de le nier, est, en fait, conjuré en grande partie par le reste de l'organisation universitaire, et cela, grâce à la décentralisation.

La décentralisation, dans tous ses modes, est l'esprit même de l'enseignement allemand ; elle existe au sein de chaque Université, elle existe entre les universités, elle est, semble-t-il, la plus solide assise de leurs succès. En donnant à chaque professeur une autonomie presque entière, un institut séparé, un personnel qu'il choisit, on lui crée aussi une responsabilité effective et personnelle ; sa situation n'en devient que plus haute et plus enviable. La Faculté est transformée en une série de centres d'enseignement, centres autonomes, associés dans un but commun, mais qui fonctionnent indépendants.

Le professeur, qui choisit lui-même ses assistants et ses aides, est en droit d'attendre beaucoup de son personnel ; et d'autre part nul n'est intéressé plus que lui à ne choisir comme assistants, comme aides, comme prosecteurs, que des hommes capables de remplir au mieux leurs fonctions et de produire par eux-mêmes : la renommée du maître en grandit, et voilà comment les abus du choix s'effacent devant la situation toute spéciale du professeur chef d'institut. (*A suivre*).

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 7. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Bouilly, Rendu, Jalaguier ; — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Fournier, A. Robin, Reynier ; — (2e *Série*) : MM. Ch. Richet, Déjérine, Chauffard ; — (3e *Série*) : MM. Havem, Straus, Brissaud. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Kirmisson, Reclus, Budin.

MARDI 8. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Debove, Quenu. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ball, Duguet, Troisier. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Hutinel, Ballet — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Duplay, Berger, Maygrier ; — (2e *Série*) : MM. Panas, Tarnier, Brun ; — (2e partie) : MM. G. Sée, Lancereaux, Quinquaud.

MERCREDI 9. — (Epreuve pratique) Médec. opérat. : MM. Farabeuf, Kirmisson, Jalaguier. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Joffroy, Reynier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Bouilly, Segond, Budin. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Hayem, Chauffard.

JEUDI 10. — 2e *de Doctorat* (2e partie) (1re *Série*) : MM. Mathias-Duval, Peyrot, Ballet ; — (2e *Série*) : MM. Laboulbène, Duguet, Schwartz ; — (3e *Série*) : MM. Bouchard, Debove, Quinquaud. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Tarnier, Berger, Quenu. — 4e *de Doctorat* : MM. Ball, Proust, Raymond.

VENDREDI 11. — 2e *de Doctorat* (2e partie) (1re *Série*) : MM. Ch. Richet, Bouilly, Reynier ; — (2e *Série*) : MM. Potain, Rendu, A. Robin. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Guyon, Kirmisson, Ribemont-Dessaignes ; — (2e partie) : MM. Fournier, Straus, Déjérine. — 4e *de Doctorat* : MM. Damaschino, Landouzy, Brissaud.

SAMEDI 12. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Schwartz, Quenu. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Laboulbène, Berger, Maygrier. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel Dieu) : MM. Panas, Tarnier, Peyrot ; — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Lancereaux, Debove, Raymond ; — (2e *Série*) : MM. Bouchard, Duguet, Troisier.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mardi 8. — M. Moulonguet. Extirpation des tumeurs de la face par le morcellement. — M. Simon. Contribution a l'étude de l'opération de Wladimiroff-Mikulicz. — *Jeudi* 10. — M. Boukteieff. Etude sur les néphrites syphilitiques précoces. — M. Chevillot. De la greffe dermo-épidermique par le procédé de Thiersch.

Enseignement médical libre.

Cours de Gynécologie. — M. le Dr DOLÉRIS a commencé le lundi 17 decembre, 12, rue de Navarre, à 4 heures, un cours de gynécologie portant sur les inflammations de l'appareil génital. Il continuera les leçons les lundis et vendredis suivants à la meme heure.

NÉCROLOGIE

M. le Pr Léon DUMAS (de Montpellier).

Léon DUMAS, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Montpellier, vient de mourir à l'âge de 39 ans, emporté par une affection qui, depuis quelques semaines, ne laissait plus aucun espoir à ses amis. Dès 1873, il avait montré par sa thèse inaugurale sur l'*Hygiène des Maternités*, qu'il voulait surtout s'occuper d'obstétrique. En 1880, il était venu passer plusieurs mois à Paris pour se préparer au concours d'agrégation. Il s'y livra à un travail acharné et eut le bonheur de retourner chez lui avec le titre qu'il ambitionnait. En 1885, la chaire théorique d'accouchements de Montpellier fut transformée en chaire de clinique obstétricale et gynécologique. Depuis quelque temps, il remplaçait à la Faculté et à la Maternité son père souffrant et très âgé ; les nombreux travaux qu'il n'avait cessé de publier, malgré les fatigues de cet enseignement multiple, le succès même de cet enseignement, le désignaient pour occuper la chaire nouvelle : il y fut nommé et réorganisa de son mieux l'instruction clinique qui laissait à désirer. Il continua à travailler avec une grande ardeur, tenant à se montrer digne de la place que, jeune encore, il avait si bien conquise. Il fut nommé chirurgien en chef de la Maternité en 1886.

Léon Dumas avait appris successivement l'italien, l'allemand et l'anglais, afin de pouvoir, comme professeur, se tenir au courant de la science et aussi afin de profiter de ses lectures pour ses travaux personnels. A ceux qui ne le connaissaient pas, il paraissait de glace : c'était au contraire un esprit très vif : littérateur, poète, dessinateur habile, musicien et même compositeur, il avait par moments un entrain incroyable. Quelle humour, quelle fantaisie lorsqu'il laissait à son imagination la bride sur le cou ; et, à côté de cela, quels sentiments d'amitié profonde et quel dévouement sans bornes il avait pour ceux qui lui étaient chers ! Aussi sa mort est-elle un grand deuil pour ses collègues, pour ses élèves et pour ses amis ; elle sera aussi vivement regrettée par le monde scientifique obstétrical qui espérait encore de lui de nombreux travaux.

Voici les titres de ses principales publications : *Etude sur l'hygiène des Maternités*, Th. inaug., 1873. — *Compte rendu de la clinique obstétricale de Montpellier*, 1877-78. — *Idem*. 1878-1879. — *Mémoire relatif à un projet de policlinique obstétricale*, 1879. — *Observations cliniques relatives à l'influence de la tension artérielle puerpérale*, 1878. — *Cliséomètre mixte applicable au détroit supérieur chez la femme vivante*, 1879. — *De l'albuminurie chez la femme enceinte*, Thèse d'agrégation, 1880. — *Contribution à l'étude de la dysménorrhée membraneuse*, traduit de l'italien, 1881. — *Le bassin scoliotique et cyphoscoliotique rachitique*, résumé critique du mémoire allemand de Léopold, 1881. — *Le Nouveau-né*, 1883. — *De la dilatation præ-fœtale de la vulve*, 1883. — *Nouvelles considérations sur la dilatation præ-fœtale*, 1885. — *Bibliographie de la version*, 1886. — *De l'œdème du nouveau-né*, 1887, etc., etc.

P. BUDIN.

M. le Dr ESTORC (de Bédarieux).

M. le Dr Aimé ESTORC, ancien interne des hôpitaux de Montpellier, médecin de la Compagnie du Midi, chirurgien en chef des hospices de Bédarieux, collaborateur de la *Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Montpellier*, vient de mourir. Un grand nombre de discours ont été prononcés à ses obsèques qui ont eu lieu le 17 décembre 1888, dans son pays natal, à Saint-André de Sangonis. Sa thèse est intitulée : *Contribution à l'étude de l'électro-diagnostic* (1883). Né en 1855, il commença de brillantes études en 1873 à Montpellier. Reçu le premier à l'internat de Montpellier, il a publié plusieurs articles dans les journaux médicaux de cette ville. On lui doit aussi une note sur l'*action des courants continus*, parue dans les *Archives de Neurologie*. La maladie l'ayant forcé à abandonner la voie des concours, il dut transformer ses talents de professeur en des qualités non moins appréciées d'un excellent praticien ; mais il se surmena et ne put triompher du mal. On trouvera, dans les journaux de Montpellier, des notices nécrologiques complètes sur ce jeune médecin, qui promettait tant.

M. B.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 16 déc. 1888 au samedi 22 déc. 1888, les naissances ont été au nombre de 1104, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 397 ; illégitimes, 177. Total, 574. — *Sexe féminin* : légitimes, 390 ; illégitimes, 140. Total, 530.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 16 déc. 1888 au samedi 22 déc. 1888, les décès ont été au nombre de 982 savoir : 529 hommes et 453 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 5, F. 6. T. 11. — Variole : M. 2, F. 1, T. 3. — Rougeole : M. 19, F. 13. T. 32. — Scarlatine : M. 1, F. 1, T. 2. — Coqueluche : M. 2 F. 1. T. 3. — Diphthérie, Croup : M. 21, F. 17, T. 38. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 128, F. 66. T. 194 — Autres tuberculoses : M. 14 F. 8. T. 22. — Tumeurs bénignes : M. 2, F. 4. T. 6. — Tumeurs malignes : M. 17, F. 23. T. 40. — Méningite simple : M. 10, F. 13, T. 23. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 25, F. 12. T. 37. — Paralysie M. 1, F. 7. T. 8. — Ramollissement cérébral : M. 4. F. 3 T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 34, F. 34. T. 68. — Bronchite aiguë : M. 19. F. 21 T. 40. — Bronchite chronique : M. 23, F. 28. T. 51. — Broncho-Pneumonie : M. 22, F. 14. T. 36 — Pneumonie : M. 26. F. 40. T. 66. — Gastro-entérite, biberon : M. 14, F. 18. T. 32. — Gastro-entérite, sein : M. 5, F. 4. T. 9 — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 3, F. 5. T. 8. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 0. T. 0. — Autres affections puer-

pérales : M. 0, F. 1. T. 1. — Débilité congénitale : M. 16. F. 10, T. 26. — Sénilité : M. 11, F. 31. T. 42. — Suicides : M. 9, F. 1, T. 10. — Autres morts violentes : M. 3 F. 3. T. 6. — Autres causes de mort : M. 91. F. 65. T. 156 — Causes restées inconnues : M. 2, F. 3, T. 5.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 68, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 31, illégitimes, 7. Total : 38. — *Sexe féminin :* légitimes, 20 ; illégitimes, 10. Total : 30.

FACULTÉ DES SCIENCES DE BORDEAUX. — M. GOGUEL, licencié ès sciences physiques, licencié ès sciences naturelles, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1888-1889, d'une conférence de minéralogie à ladite Faculté.

FACULTÉ DES SCIENCES DE CAEN. — M. LOUISE, docteur ès sciences, chargé d'un cours complémentaire de chimie à la Faculté des sciences de Lyon, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1888-1889, d'un cours de chimie à la Faculté des sciences de Caen.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LYON. — M. RECOURA, docteur ès sciences, chargé d'un cours complémentaire de chimie et minéralogie à la Faculté des sciences de Caen, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1888-1889, d'un cours complémentaire de chimie à la Faculté des sciences de Lyon, en remplacement de M. Louise appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. *Concours des bourses de doctorat.* — Le 26 décembre 1888, à 9 heures, s'est ouvert à la Faculté le concours pour les bourses de doctorat. Le jury était ainsi constitué : MM. Tarnier, président ; Gautier, Farabœuf, Ch. Richet et Straus. — Composition écrite. Sujets donnés : *Élèves à 4 inscriptions :* 1° les lentilles convergentes, la loupe ; 2° les alcaloïdes végétaux ; 3° la fleur. — *Élèves à 8 inscriptions :* 1° le tibia ; 2° l'articulation du genou ; 3° les muscles de l'avant-bras. — *Élèves à 12 inscriptions :* 1° le rein ; texture du rein ; 3° physiologie de la glotte. — *Élèves à 16 inscriptions :* 1° signes de la pneumonie aiguë ; 2° tuberculose des testicules. Deux heures ont été accordées à tous les concurrents. Vendredi à 9 heures a eu lieu l'épreuve orale pour tous les candidats.

C. de Clinicat. — Dans la séance du jeudi 6 décemb., le conseil des professeurs a examiné l'opportunité de modifier le mode de nomination des chefs de clinique de la Faculté et décidé de maintenir le principe du concours. Le soin d'exposer les modifications qu'il pourrait convenir d'apporter au régime actuellement en vigueur, a été confié à une commission de cinq membres composée de MM. les professeurs Grancher, Le Fort, Potain, Tarnier et Trélat.

Concours d'agrégation. (Pathologie interne). — Questions données depuis notre dernier numéro. Jeudi 20 décembre : MM. Colin et Marie. *Mort dans la scarlatine.* — Vendredi 21 décembre : MM. Letulle et Brault. *Mort dans la variole.* — Lundi 24 décembre : MM. Suzanne et Aubry : *Accidents pleuro-pulmonaires du mal de Bright* ; — Mercredi 26 décembre : MM. Babinski et Barth : *Paralysie du voile du palais.*

Cours. — A cause du concours d'agrégation, les cours de MM. Duval et Cornil ont lieu désormais dans le grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique, aux heures habituelles. — Un cours de *Microbiologie* commencera le 15 janvier, au laboratoire de M. Cornil. S'inscrire à l'avance.

Ecole pratique. — L'Ecole sera fermée du dimanche 30 decembre 1888 au dimanche 6 janvier 1889. Les travaux reprendront le lundi 7 janvier.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX. — Un congé de quatre mois, à partir du 1er décembre 1888, est accordé sur sa demande à M. SUZANNE, préparateur d'anatomie pathologique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — M. LEGNÉ, bachelier ès-sciences, est nommé préparateur de pharmacie à la même Faculté, en remplacement de M. Fauché, démissionnaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. FISTIÉ, préparateur de chimie, est délégué, en outre, jusqu'au 1er avril 1889, dans les fonctions de directeur du laboratoire des cliniques, en remplacement de M. Guérin, dont le temps d'exercice est expiré.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE CLERMONT. — M. TRUCHOT, licencié ès sciences mathématiques et ès-sciences physiques, est chargé d'un cours de physique. — M. MOSNIER, licencié ès sciences physiques, est institué pour une période de 9 ans, suppléant des chaires de physique et de chimie. — M. CLANGEAUD, licencié ès sciences physiques, est institué, pour une période de 9 ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle. — M. PLANCHARD, docteur en médecine, est institué, pour une période de 9 ans, suppléant des chaires de pathologie et de cliniques médicales.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE NANTES. — M. HERVOUET, suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes, est maintenu, pour l'année scolaire 1888-1889, dans les fonctions de chargé d'un cours d'hygiène et de médecine légale.

ECOLE DE MÉDECINE DE ROUEN. — Un concours s'ouvrira le 25 février 1889, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie, à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE POITIERS. — M. CHEDEVERGNE, professeur de clinique externe, est maintenu pour 3 ans, à partir du 10 décembre 1888, dans les fonctions de directeur.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE. — M. PASCAL, docteur en médecine, est nommé chef de clinique obstétricale.

ECOLE DU SANTÉ MILITAIRE. — Par décision de M. de Freycinet, Ministre de la Guerre, l'Ecole de médecine militaire va être établie à Lyon. Nous apprenons avec plaisir que M. le Professeur VALLIN a été chargé de son organisation.

HÔPITAUX DE PARIS *Concours de l'externat.* — Les dernières questions tirées ont été les suivantes : *Analyse clinique des urines. Erysipèle de la face.* — Nous avons oublié de publier une des questions de l'épreuve orale d'anatomie ; elle était : *Les côtes.*

Concours de l'internat. — Les épreuves orales sont commencées. Les questions données à l'épreuve orale ont été : 1° 26 décembre : *Urèthre ; Rétention d'urine.* — 2° 27 décembre : *Col de de l'utérus : présentations de l'épaule.*

Travaux des médecins et chirurgiens des hôpitaux à l'exposition de 1889. — M. le Directeur de l'Assistance publique a adressé récemment une circulaire aux médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux, relativement à la participation de l'Assistance publique à l'exposition de 1889. Il a été décidé que, comme en 1878, on exposerait dans une vitrine spéciale les ouvrages et publications scientifiques de MM. les médecins, chirurgiens et accoucheurs, et qu'il serait dressé un catalogue imprimé de ces ouvrages pour faire suite à celui de 1878. Le catalogue de 1889 ne mentionnerait que les ouvrages publiés depuis 1878, sauf pour ce qui concerne MM. les docteurs qui ne faisaient pas partie, à cette époque, du corps médical des hôpitaux.

HOSPICES DU MANS. — *Loi autorisant les hospices du Mans (Sarthe) à contracter un emprunt de 1.358.185 fr.* — La Commission administrative des hospices du Mans (Sarthe) est autorisée à emprunter à la Banque de France, sur dépôt de titres, aux conditions de cet établissement, la somme de 1,358,185 fr. remboursable en cinq ans, à partir de 1889, avec le produit de l'aliénation d'immeubles appartenant aux hospices.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le Conseil supérieur de l'Instruction publique a tenu, jeudi dernier, la deuxième séance de sa deuxième session ordinaire. Le Conseil a adopté le projet de *transformation en école de plein exercice de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger.*

HYGIÈNE DES ÉCOLES. — Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, vu le rapport, en date du 5 juin 1888, de la commission spéciale nommée par le conseil des professeurs de la Faculté de médecine de Paris pour l'examen du régime alimentaire des écoles normales d'instituteurs et d'institutrices, arrête : *Art.* I. Les quantités moyennes de vin et de viande qu'il convient de servir aux élèves maîtres des écoles normales primaires sont fixées ainsi qu'il suit par jour et par tête : viande cuite désossée et parée, 170 grammes, vin, 33 centilitres par jour. La quantité de cidre sera au moins double de celle du vin. Pour la bière, la quantité sera double s'il s'agit de bière forte ; triple s'il s'agit de bière faible. — *Art.* II. Les maîtres et maîtresses internes recevront 200 grammes de viande ; les maîtres, 1 litre, les maîtresses, 50 centilitres de vin. — *Art.* III. Les directeurs et directrices sont invités à veiller d'une manière toute particulière sur la quantité de l'eau utilisée pour l'alimentation des élèves, et à ne se servir pour cet usage que d'eau potable pure et à l'abri de toute contamination ou, à défaut, d'eau filtrée avec le plus grand soin. — Le rapport auquel il est fait allusion ci-dessus est dû à M. Brouardel et à M. Straus.

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — M. GRÉHANT fils est chargé d'une mission scientifique au Chili à l'effet d'y recueillir des collections scientifiques destinées à l'Etat.

RÉCOMPENSES. — Par arrêté ministériel, en date du 20 décembre 1888, des médailles d'argent ont été décernées, pour leur courage et leur dévouement au cours de maladies épidémiques, à Mlle Hebraud, en religion sœur Maria, attachée aux salles militaires de l'hôpital de Lunel ; — M. Bourdillon, externe, attaché à l'Hotel-Dieu de Marseille ; — M. Denis, infirmier civil, employé depuis 25 ans dans les salles militaires de Rodez.

SOCIÉTÉ D'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — *Prix.* Des récompenses consistant en une médaille d'argent, 1er *prix* ; en une médaille de bronze, 2me *prix* ; et en une mention honorable, 3me *prix* ; seront décernées en 1889, par la Société d'Hygiène de l'Enfance, aux meilleurs travaux, répondant à l'une des questions ci-

dessous : 1° « *Du lait des différents animaux au point de vue de l'allaitement.* » 2° « *La contagion à l'école.* » 3° « *Monographie au point de vue de l'Hygiène, d'une industrie employant des enfants.* » Les candidats devront déposer sans se faire connaître leur mémoire écrit en français, ou accompagné d'une traduction française, avant le 1er mai 1889. Les mémoires devront être originaux et ne pas avoir été déjà publiés ; ils seront désignés par une épigraphe répétée sur une enveloppe cachetée contenant le nom de l'auteur. Adresser les mémoires : à M. le Dr Chassaing, président de la Société, 207, rue St-Antoine, ou à M. le Dr Félix Brémond, secrétaire-général, 13, rue Condorcet.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr PICKUP (de Brockville), médecin de la province d'Ontario. — M. le Dr RICHEPIN, médecin militaire, père de l'homme de lettres bien connu. — M. le Dr A. BERNADINO DE ALMEIDA, ancien professeur à l'Ecole de médecine de Porto. — M. le Dr LEBAR (de Landrecies. — M. le Dr MASCART (d'Ohain).

AVIS A NOS ABONNÉS.— *L'échéance du 31 DÉCEMBRE étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement expire à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée le **25 janvier**, *augmentée de* UN FRANC *pour frais de recouvrement. Nous les engageons donc à nous envoyer leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal. — Enfin, nous invitons ceux d'entre eux qui auraient égaré des numéros de 1888 à nous les réclamer **avant le vingt janvier.**

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie ASSELIN et HOUZEAU, place de l'Ecole-de-Médecine.

BOUCHARD.—Nouveaux éléments de pathologie externe, publiés avec la collaboration de MM. Piéchaud, Denucé et Prinateau. Tome II, fasc. 1 (Tête, face et cou). Volume in-8 de 369 pages. — Prix . . . . 6 fr.

FABRE-DOMERGUE. — Premiers principes de microscope et de la technique microscopique. Volume in-16 de 280 pages, avec figures. — Prix . . . . 4 fr.

Librairie O DOIN, 8, place de l'Odéon

ARNAUD (F.). — Recherches cliniques sur la paralysie générale chez l'homme. Volume in-8 de 80 pages. — Prix. . . . . 2 fr.

BULLETIN DE LA PHTISIE PULMONAIRE, par A. Filleau et Léon Petit. Nous venons de recevoir le n° 5 (juin 1888). Le prix d'abonnement est de 6 fr. pour la France et de 8 fr. pour l'Union postale.

CHASSAING (E.). — Etude pratique de la pepsine. Volume in-16 cartonné de 167 pages. — Prix. . . . . 3 fr.

ESPINA Y CAPO. — Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. Brochure in 8 de 32 pages. — Prix. . . . . . 1 fr. 50.

GANGOLPHE (M.). — Guide pratique de petite chirurgie. Volume in-12 de 140 pages, avec 4 planches hors texte. — Prix. . 2 fr.

HÉDON (E.). — Etude anatomique sur la circulation veineuse de l'encéphale. Brochure in-8 de 96 pages, avec 6 planches hors texte. — Prix. . . . . 3 fr.

HUNTER-MACKENZIE. — Le crachat dans ses rapports avec le diagnostic, le pronostic et le traitement des maladies de la gorge et des poumons. Traduit par le Dr Léon Petit, avec une préface du professeur Grancher. Volume in-8 de 152 pages, avec 24 figures. — Prix. . . . . 5 fr.

ISSAURAT (A.). — Le sinus uro-génital (son développement, ses anomalies). Brochure in-8 de 103 pages. — Prix. . .

KUHN. — L'enseignement et l'organisation de l'art dentaire aux Etats-Unis. Volume in 8 de 301 pages. — Prix. . . . 10 fr.

LANGLEBERT. — Traité pratique de la syphilis. Volume in-12 de 610 pages. — Prix . . . . 7 fr.

LA TORRE (F). — Des conditions qui favorisent ou entravent le développement du fœtus. Influence du père. Recherches cliniques. Volume in-8 de 238 pages. — Prix. . . . . 5 fr.

LIÉGEOIS (J.). — De la suggestion et du somnambulisme dans leurs rapports avec la jurisprudence et la médecine légale. Volume in-8 de 758 pages. — Prix . . . . 7 fr. 50.

MORICE (G.). — Etude descriptive des eaux de Néris-les-Bains et exposé critique de leurs indications et contre-indications. Volume in-8 de 144 pages, avec 5 planches hors texte. — Prix. 2 fr. 50.

OLAVIDE. — Du rhumatisme et des dermatoses rhumatismales. Traduction du Dr Ch. Lavielle, avec une introduction du Dr E. Lancereaux. Brochure in-8 de 98 pages. — Prix. . . 1 fr. 50.

RÉMOND (A.). — Recherches expérimentales sur la durée des actes psychiques les plus simples et sur la vitesse des courants nerveux à l'état normal et à l'état pathologique. Volume in-8 de 135 pages, avec nombreux tableaux. — Prix . . . . . 3 fr.

RENOU (J.).— La diphtérie, son traitement antiseptique. Volume in-8 de 300 pages, avec figures dans le texte. — Prix . . 6 fr.

TERRILLON (O.). — Leçons de clinique chirurgicale professées à la Salpêtrière. Nouvelles applications de la chirurgie aux affections de l'abdomen et des organes génitaux de la femme. Volume in-8 de 519 pages, avec figures dans le texte. — Prix . . 10 fr.

HAIZ et OXON. — Mental depression and the excretion of uric acid. Brochure in-8 de 13 pages. Extrait du *Brain*. — Londres, 1888. — Macmillan.

Librairie LECROSNIER et BABÉ, 23, Place de l'Ecole de Médecine.

AUVARD (A.). — Travaux d'obstetrique. 3 volume in-8 avec 308 figures intercalés dans le texte. — Prix. . . . . 24 fr.

GELLÉ. — Etudes d'otologie. — De l'oreille (Anatomie normale et comparée, embryologie, développement, physiologie, pathologie, hygiène). — Pathogénie et traitement de la surdité (1880-1888). Tome II. Un volume in-8 de 279 pages, avec figures dans le texte.

Librairie OLLIER-HENRY, 13, rue de l'Ecole-de-Médecine.

LORIS-MELIKOFF. — Considerations generales sur l'organisation des hôpitaux et de l'Hopital-Baraque de Saint-Pétersbourg. Brochure in-8 de 71 pages.

PREVOST (J.-L.) et BINET (P.). — Note relative à l'action physiologique du nitrate de cytisine. Brochure in-8 de 18 pages. — Genève, 1888. — Librairie Georg

Librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne.

DUREL (L.). — Essai sur la maladie de Dupuytren (Retraction de l'aponévrose palmaire). Considerations nouvelles sur l'historique, l'étiologie, et les procédés de traitement. (Procede operatoire de M. le professeur Trelat). Volume in-8° de 90 pages.

BIANCHI (L.). — Su di un caso di lesione disttrutiva del lobo Temporo-sfenoidale sinistro in un mancino epilettico senz' alcun disturbo della parola. Brochure in-8 de 19 pages, avec 2 planches hors texte. — Napoli, 1888. — Nicola Joveni.

DAVILLER.— L'alcool et l'alcoolisme. Brochure in-8 de 35 pages. — Epinal, 1888. — Imprimerie de V. Collot.

DAVIS (W.-P.). — Contribution à l'étude de la diphthérie. Des principes antiseptiques et du lavage des voies respiratoires par un nouveau procédé. Brochure in-8 de 68 pages. — Paris, 1888. — H. Jouve.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

TABLE DES MATIÈRES

N. B. — **Rechercher par ordre alphabétique, non seulement dans la succession régulière des lettres, mais aussi aux articles suivants :** Académie de médecine ; — Académie des sciences ; — Association française ; — Congrès ; — Société d'anthropologie ; — Société anatomique ; — Société de biologie ; — Société de chirurgie ; — Société médicale ; Comités ; etc. ; — Revues diverses ; — Bibliographies, etc.

C

P

Q

R

S